

螢幕閱讀器使用者—使用上下方向鍵來閱讀說明和內容，然後使用 Tab 鍵來導航可填充的表字段。

紐約州
兒童和家庭服務辦公室 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES, OCFS)
視障者委員會
服務申請

通知：此表格可由失明或視力障礙者提交，或由個人或機構代表該人提交。若您已寄出過此表格，請使用隨附的回郵信封將其退回。若您於線上填寫此表格，請填完表格後選擇「Save Form」（儲存表格）按鈕進行儲存。您也可以列印此表格並手動填寫。然後將表格郵寄或使用「Submit to」（提交至）按鈕以電子方式提交至離您最近的政務處 (District Office)（如第 3 頁所列）。

申請人資訊

完整名字：	中間名字母縮寫：	姓氏：	社會安全號碼：
街道地址（包括公寓號碼）：			出生日期：
城市：	州： 紐約州	郵遞區號：	郡： (區碼) 電話號碼：
若沒有電話，是否有可聯絡上家長/監護人的聯絡號碼？ 是 否 如果是，請填寫電話號碼：		申請人或家長/監護人的電子郵件：	
首選的通訊形式？（電話、電子郵件、美國郵政等）從列表中選擇 _____			
申請人過去是否接受過紐約州視障者委員會 (New York State Commission for the Blind, NYSCB) 的服務？ 是 否			
申請人是否有 NYSCB 眼科註冊號碼？ 是 否			
如果是，請提供申請人的 NYSCB 眼科註冊號碼：			

申請人所需的服務（勾選所有適用項目。）

輔導與諮詢 <input type="checkbox"/>
家務技巧訓練 <input type="checkbox"/>
就職準備和/或求職協助 <input type="checkbox"/>
幫助維持現有工作 <input type="checkbox"/>
幫助上述視障兒童獲得服務 <input type="checkbox"/>
其他服務 <input type="checkbox"/>

申請人歷史資訊

視力障礙的原因：	
患病年齡 _____	這名申請人是否有其他任何殘障？ 是 否
如果是，請描述說明：	

備註（您可以使用以下方框提供任何額外資訊。）

--

如果以電子方式提交且無法簽名，請在簽名欄中輸入姓名和日期。

我要申請紐約州視障者委員會的視障服務，並且同意協助取得判定我是否符合服務資格的資訊。

申請人簽名：	日期：
家長/監護人正楷姓名（若申請人未滿 18 歲）：	
家長/監護人簽名：	日期：

若申請是由申請人或其家長/監護人以外的人提出，請填寫以下資料並請申請人或家長/監護人於上面簽名。

提交申請的個人：

名字：	姓氏：	
稱謂/與申請人關係：		
提交人簽名：		
機構(若適用)：		
提交人或機構街道地址：		
城市：	州：	郵遞區號：
(區碼) 提交人電話號碼：		

通知：儲存表格的按鈕僅在 Adobe Acrobat 或 Acrobat Reader 中可用。如果在 Internet 瀏覽器中打開了表格，請使用瀏覽器中的「Save As」（另存為）功能儲存表格資訊。儲存表格後，轉至第三頁，將表格交回就近的政務處。

儲存表格

政務處（和地區管理人的登載電子郵件）

Albany - New York State Commission for the Blind, 52 Washington Street, Room 202 South Building, Rensselaer, NY 12144

電子郵件：Ann.Gallagher-Sagaas@ocfs.ny.gov 電話號碼：(518) 473-1675

提交至奧爾巴尼辦公室

Syracuse - New York State Commission for the Blind, The Atrium, 100 South Salina Street, Suite 105, Syracuse, NY 13202 電子郵件：Christine.Kearney@ocfs.ny.gov 電話號碼：(315) 423-5417

提交至錫拉丘茲辦公室

Buffalo - New York State Commission for the Blind, Ellicott Square Building, 295 Main Street, Suite 590, 郵寄至：Suite 545, Buffalo, NY 14203

電子郵件：Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov 電話號碼：(716) 847-3516

提交至布法羅辦公室

Rochester - New York State Commission for the Blind - Outstation, 259 Monroe Avenue, Suite 303, Rochester, NY 14607 電子郵件：Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov

電話號碼：(585) 238-8110

提交至羅契斯特辦公室

Westchester - New York State Commission for the Blind, 117 East Stevens Avenue, Suite 300, Valhalla, NY 10595 電子郵件：Daniel.Diaz@ocfs.ny.gov 電話號碼：(914) 993-5370

提交至韋斯切斯特辦公室

Harlem - New York State Commission for the Blind, Adam Clayton Powell Jr. State Office Building, 163 West 125th Street, Suite 1315, New York, NY 10027

電子郵件：Shawn.Chin-Chance@ocfs.ny.gov 電話號碼：(212) 961-4440

提交至哈萊姆辦公室

Lower Manhattan - New York State Commission for the Blind, 80 Maiden Lane, Suite 401, New York, NY 10038 電子郵件：Brian.Pinto@ocfs.ny.gov 電話號碼：(212) 825-5710

提交至曼哈頓下城辦公室

Garden City - New York State Commission for the Blind, 711 Stewart Avenue, Suite 210, Garden City, NY 11530 電子郵件：Paola.Nappo-Ficarra@ocfs.ny.gov 電話號碼：(516) 743-4188

提交至花園城市辦公室

根據《1964年民權法案》(Civil Rights Act of 1964)第六章、經修訂的《1973年康復法案》(Rehabilitation Act of 1973)及其下發布的法規的規定，紐約州視障者委員會的服務不得因種族、性別、膚色、國籍、殘疾、宗教、年齡、性取向、性別認同和/或表達，或作為父母的身份而被歧視；不得因上述原因而被排除在聯邦政府實施的教育或訓練計劃或活動之外、被剝奪其相關福利或在此類計劃或活動中受到歧視。

根據經修訂的《1973年康復法案 (Rehabilitation Act)》第 504 條，在美國，任何符合本法案第 705(20) 條定義的殘疾人士，均不得僅因殘疾而被排除在接受聯邦財政援助的任何計劃或活動中或在任何執行機構或美國郵政服務開展的任何計劃或活動中被排除在外、被剝奪其相關福利或受到歧視。