

اسکرین پر پڑھنے والے صارفین - ہدایات اور متن کے مطالعے کے لیے اوپر اور نیچے لے جانے والی ایرو کیبز استعمال کریں، اس کے بعد پُر کیے جانے کے لائق ٹیبل کے خانوں میں حرکت کے لیے Tab کیی استعمال کریں۔

ریاست نیو یارک

دفتر برائے اطفال و خاندان کی خدمات (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES, OCFS)

(COMMISSION FOR THE BLIND) کمیشن برائے نابینا

خدمت کے لیے درخواست

نوٹس: یہ فارم کسی ایسے فرد کی جانب سے جمع کروایا جا سکتا ہے جو نابینا ہو یا ضعف بصارت کا شکار ہو یا پھر اس فرد کی خاطر کسی دوسرے فرد یا ایجنسی کی جانب سے جمع کروایا جا سکتا ہے۔ اگر آپ کو یہ فارم بذریعہ ڈاک ارسال کیا گیا ہے، تو براہ کرم اسے فراہم شدہ اور اندراج شدہ پتے کے حامل لفافے میں واپس ارسال کریں۔ اگر آپ اس فارم کو آن لائن پُر کر رہے ہیں، تو براہ کرم فارم کو پُر کریں اور پھر محفوظ کرنے کے لیے "فارم محفوظ کریں" (Save Form) کے بٹن کو منتخب کریں۔ آپ اس فارم کو پرنٹ بھی کر سکتے/سکتی ہیں اور اسے ہاتھ سے پُر کر سکتے/سکتی ہیں۔ اس کے بعد اس فارم کو سپرد ڈاک کر دیں یا پھر "جمع کروائیں بطرف" (Submit to) کے بٹن کو استعمال کرتے ہوئے اسے الیکٹرانک طریقے سے اپنے قریب ترین ضلعی دفتر میں جمع کروائیں، جو صفحہ 3 پر مندرج ہیں۔

درخواست دہندہ کی معلومات

پہلا مکمل نام:	نام کے درمیانی حصے کا ابتدائی حرف:	آخری نام:	سوشل سیکیورٹی نمبر:
اسٹریٹ کا پتہ (بشمول اپارٹمنٹ نمبر):			تاریخ پیدائش:
شہر:	ریاست:	زپ کوڈ:	کاؤنٹی:
ریاست نیو یارک		(علاقے کا کوڈ) فون نمبر:	
اگر فون نمبر نہیں ہے، تو کیا کوئی ایسا نمبر موجود ہے جس پر درخواست دہندہ یا والد یا والدہ/سرپرست سے رابطہ کیا جا سکتا ہو؟ ہاں نہیں اگر جواب ہاں ہے، تو براہ کرم فون نمبر بیان کریں:			
رابطے کے لیے ترجیحی فارمیٹ؟ (فون، ای میل، امریکی ڈاک وغیرہ) فہرست سے منتخب کریں _____			
کیا درخواست دہندہ قبل ازیں ریاست نیو یارک کمیشن برائے نابینا افراد (New York State Commission for the Blind, NYSCB) کی جانب سے خدمات وصول کر چکا/چکی ہے؟ ہاں نہیں			
کیا درخواست دہندہ کے پاس NYSCB رجسٹریشن نمبر برائے چشم ہے؟ ہاں نہیں			
جواب ہاں ہونے کی صورت میں، براہ کرم درخواست دہندہ کا NYSCB رجسٹریشن نمبر برائے چشم فراہم کریں:			

درخواست دہندہ کو درکار خدمات (تمام قابل اطلاق کو نشان زد کریں۔)

مشاورت اور رہنمائی	امور خانہ داری انجام دینے کی تربیت
ملازمت کے لیے تیاری کرنے اور/یا ملازمت تلاش کرنے میں معاونت	موجودہ ملازمت کو برقرار رکھنے میں معاونت
مذکورہ بالا نامزد ضعف بصارت کے شکار بچے کے لیے خدمات حاصل کرنے میں معاونت	دیگر خدمات

درخواست دہندہ کی ہسٹری

بصارت کی کمزوری کی وجہ:	
مرض شروع ہونے پر عمر _____	کیا درخواست دہندہ کو دیگر کوئی معذوریاں بھی ہیں؟ ہاں نہیں
اگر جواب ہاں ہے، تو براہ کرم بیان کریں:	

ریمارکس (آپ کوئی بھی اضافی معلومات فراہم کرنے کے لیے ذیل میں موجود خانے کو استعمال کر سکتے/سکتی ہیں۔)

--

اگر الیکٹرانک طریقے سے جمع کروا رہے/رہی ہیں اور دستخط کرنے سے قاصر ہیں، تو براہ کرم دستخط کے خانے میں نام اور تاریخ ٹائپ کریں

میں ریاست نیو یارک کے کمیشن برائے نابینا افراد کی خدمات کے لیے درخواست دے رہا/رہی ہوں اور خدمات کے لیے اپنی اہلیت کے تعین کے لیے معلومات حاصل کرنے میں مدد دینے پر متفق ہوں۔

درخواست دہندہ کے دستخط:	تاریخ:
درخواست دہندہ کی عمر 18 سال سے کم ہونے کی صورت میں والد/والدہ سرپرست کا نام جلی حروف میں درج کریں:	
والد یا والدہ/سرپرست کے دستخط:	تاریخ:

اگر درخواست دہندہ یا درخواست دہندہ کے والد یا والدہ/سرپرست کے علاوہ کسی بھی فرد کی جانب سے درخواست جمع کروائی جا رہی ہے، تو براہ کرم درج ذیل مکمل کریں، اور درخواست دہندہ، والد یا والدہ/یا سرپرست سے مذکورہ بالا حصے میں دستخط کروائیں۔

درخواست جمع کروانے والا فرد:

پہلا نام:	آخری نام:
عہدہ/درخواست دہندہ سے تعلق:	
جمع کروانے والے کے دستخط:	
ایجنسی (اگر قابل نفاذ ہے تو):	
جمع کروانے والے یا ایجنسی کی اسٹریٹ کا پتہ:	
شہر:	ریاست:
	زپ کوڈ:
(علاقائی کوڈ) جمع کروانے والے کا فون نمبر:	

نوٹس: فارم کو جمع کروانے کا ہٹن صرف Adobe Acrobat یا Acrobat Reader میں دستیاب ہے۔ اگر فارم انٹرنیٹ براؤزر میں کھولا گیا ہے، تو اپنے فارم کی معلومات کو براؤزر میں محفوظ کرنے کے لیے "محفوظ کریں بطور (Save As)" کے فنکشن کا استعمال کریں۔ فارم محفوظ کرنے کے بعد، اپنے قریب ترین واقع ڈسٹرکٹ دفتر میں جمع کروانے کے لیے صفحہ 3 پر جائیں۔

فارم محفوظ کریں

ڈسٹرکٹ دفاتر (مع ڈسٹرکٹ مینیجرز کی مندرج ای میلز)

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

ای میل: Ann.Gallagher-Sagaas@ocfs.ny.gov ٹیلی فون: (518) 473-1675

جمع کروائیں بمقام Albany

Syracuse - New York State Commission for the Blind, The Atrium, 100 South Salina Street, Suite 105, Syracuse, NY 13202

ای میل: Christine.Kearney@ocfs.ny.gov ٹیلی فون: (315) 423-5417

جمع کروائیں بمقام Syracuse

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

ای میل: Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov ٹیلی فون: (716) 847-3516

جمع کروائیں بمقام Buffalo

Rochester - New York State Commission for the Blind - Outstation, 259 Monroe Avenue, Suite 303, Rochester, NY 14607

ای میل: Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov ٹیلی فون: (585) 238-8110

جمع کروائیں بمقام Rochester

Westchester - New York State Commission for the Blind, 117 East Stevens Avenue, Suite 300, Valhalla, NY 10595

ای میل: Daniel.Diaz@ocfs.ny.gov ٹیلی فون: (914) 993-5370

جمع کروائیں بمقام Westchester

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

ای میل: Shawn.Chin-Chance@ocfs.ny.gov ٹیلی فون: (212) 961-4440

جمع کروائیں بمقام Harlem

Lower Manhattan - New York State Commission for the Blind, 80 Maiden Lane, Suite 401, New York, NY 10038

ای میل: Brian.Pinto@ocfs.ny.gov ٹیلی فون: (212) 825-5710

جمع کروائیں بمقام Lower Manhattan

Garden City - New York State Commission for the Blind, 711 Stewart Avenue, Suite 210, Garden City, NY 11530

ای میل: Paola.Nappo-Ficarra@ocfs.ny.gov ٹیلی فون: (516) 742-4188

جمع کروائیں بمقام Garden City

شہری حقوق کا ایکٹ 1964 (Civil Rights Act) کی شقوں، بحالی ایکٹ 1973 (Rehabilitation Act) میں حسب ترمیم، اور مندرجہ کے تحت جاری شدہ ضوابط کے مطابق، ریاست نیو یارک کمیونٹی برائے نابینا نسل، صنف، رنگ، قومی پس منظر، معذوری، مذہب، عمر، جنسی رجحان، صنفی شناخت اور/یا اظہار، یا والد/والدہ کے طور پر حیثیت کی بنیاد پر کسی سے تعصب نہیں برتتا؛ نیز انہیں کسی وفاقی سطح پر منعقد ہونے والے تعلیمی یا تربیتی پروگرام یا سرگرمی میں شرکت سے روکا نہیں جائے گا، مراعات سے انکار نہیں کیا جائے گا، یا تعصب کا نشانہ نہیں بنایا جائے گا۔

بحالی ایکٹ 1973 کے حصہ 504 ترمیم شدہ کے مطابق، کوئی بھی ایسا فرد جو اس قانون کے حصہ 705 (20) میں تعریف شدہ کے مطابق امریکہ میں معذور قرار دیا گیا ہو، محض اپنی معذوری کی بناء پر وفاقی مالی اعانت وصول کرنے والے کسی بھی پروگرام یا سرگرمی یا پھر کسی بھی ایگزیکٹو ایجنسی یا ریاست ہائے متحدہ کی پوسٹل سروس کی جانب سے منعقدہ پروگرام یا سرگرمی میں شرکت کرنے سے نہیں روکا جائے گا، اپنی مراعات سے انکار نہیں پائے گا، یا تعصب کا نشانہ نہیں بنایا جائے گا۔