

紐約州  
兒童與家庭服務辦公室  
**COMMISSION FOR THE BLIND AND VISUALLY  
HANDICAPPED (盲人與視障人士委員會)**

## 服務申請書

**注意：**本申請表可由盲人或重度視障人士自行提交，也可由其他人士或單位代為提交。請速將申請表放入已寫好收信地址的內附信封寄回。

|  |    |   |  |       |  |
|--|----|---|--|-------|--|
| 註冊號碼：  |    |   |  |       |  |
| <input type="checkbox"/> 先生<br><input type="checkbox"/> 太太<br><input type="checkbox"/> 女士  |    |   | 社會安全碼：   |       |  |
| 街道地址 (公寓號碼)：   |    |   |  | 生日：   |  |
| 城市：  | 州： | 郵遞區號：   | 縣：   | 電話號碼： |  |
| 如果您沒有電話，是否有別人的電話號碼可以用來找到您？如有，請註明：  |    |   |  |       |  |
| <b>需要的服務：(請在下面勾選您認為您需要的服務)</b>   |    |   |  |       |  |
| <input type="checkbox"/> 顧問和指導<br><input type="checkbox"/> 訓練做家務事<br><input type="checkbox"/> 協助職業訓練和/或找工作<br><input type="checkbox"/> 協助我保有工作 |    |   | <input type="checkbox"/> 協助為以上列名的視障兒童取得服務<br><input type="checkbox"/> 其他服務 |       |  |
| 視障成因：  |    |   |  |       |  |
| 開始年齡：  |    | 您是否有其他身心障礙：   |  |       |  |
|  |    | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 |  |       |  |
| 如是，請說明：  |    |   |  |       |  |
| <b>附註：</b> 您可以使用本空格為以上勾選項目提供更多資訊。  |    |   |  |       |  |
| 您是否曾接受過本單位的服務？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否   |    |   |  |       |  |
| <b>我要申請 NEW YORK STATE COMMISSION FOR THE BLIND AND VISUALLY HANDICAPPED 所提供的服務，並同意該單位在取得服務資格審查所需資料時與之合作。</b>                                  |    |   |  |       |  |
| 申請人簽名：   |    |   |  | 日期：   |  |
| 家長或監護人 (如申請人不滿 18 歲)   |    |   |  | 日期：   |  |

請見背面

如申請表係由其他人士或單位提交，請填寫以下資訊，並且由申請人在正面簽名。

姓名/單位： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

簽名： \_\_\_\_\_

職稱/關係： \_\_\_\_\_

電話號碼： \_\_\_\_\_

根據《1964 民權法案》第六條 (TITLE VI OF THE CIVIL RIGHTS ACT OF 1964) 以及《1973 復健法案》(THE REHABILITATION ACT OF 1973) 修正案的規定，NEW YORK STATE COMMISSION FOR THE BLIND AND VISUALLY HANDICAPPED 在提供服務計劃時，不得因任何人的性別、年齡、信仰、膚色、原國籍或身心障礙情形拒絕其參與該計劃、拒絕提供福利或加以歧視；州政府機關係根據法律規章辦理該計劃。

根據《1973 復健法案》修正案第 504 條規定，任何接受聯邦經費補助的計劃或活動不得單純以身心障礙為由拒絕讓原本符合資格的美國身心障礙人士參與該計劃或活動、拒絕提供其福利或加以歧視。