

STATO DI NEW YORK
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES (UFFICIO PER I
SERVIZI AI MINORI E ALLE FAMIGLIE)
COMMISSION FOR THE BLIND AND VISUALLY HANDICAPPED
(COMMISSIONE PER I NON VEDENTI E I DISABILI VISIVI)

RICHIESTA DI SERVIZIO

AVVISO: questo modulo può essere inviato da un individuo non vedente o con visione gravemente ridotta o da una persona o un'agenzia operanti per conto di un individuo non vedente. Restituire tempestivamente questo modulo nella busta precompilata in dotazione.

Numero di registrazione:				
<input type="checkbox"/> Sig. <input type="checkbox"/> Sig. ra <input type="checkbox"/> Sig. na		Codice fiscale:		
Via (Int. #):			Data di nascita:	
Città:	Stato:	CAP:	Provincia:	Numero di telefono:
IN CASO NON UTILIZZATE IL TELEFONO, ESISTE UN NUMERO PRESSO IL QUALE POTETE ESSERE RAGGIUNTI? IN TAL CASO, RIPORTATELO NEL CAMPO SOTTOSTANTE:				
SERVIZI RICHIESTI: (Selezionate i servizi sottostanti che desiderate richiedere.)				
<input type="checkbox"/> Consulenza e guida <input type="checkbox"/> Formazione nello svolgimento delle attività domestiche <input type="checkbox"/> Assistenza nel prepararsi per e/o trovare un lavoro <input type="checkbox"/> Assistenza nel conservare un lavoro		<input type="checkbox"/> Assistenza nell'ottenimento dei servizi per il bambino visivamente disabile sopraccitato <input type="checkbox"/> Altri servizi		
CAUSA DELLA DISABILITÀ VISIVA:				
ETÀ DI PRESENTAZIONE DELLA CONDIZIONE:		SONO PRESENTI ALTRE DISABILITÀ?: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ		
IN CASO AFFERMATIVO, DESCRIVERLE:				
<p>COMMENTI: Potete usare questo spazio per inserire informazioni aggiuntive sugli elementi selezionati sopra.</p>				
AVETE PRECEDENTEMENTE USUFRUITO DEI SERVIZI DI QUESTA AGENZIA? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/>				
STO RICHIEDENDO I SERVIZI DELLA COMMISSIONE DELLO STATO DI NEW YORK PER NON VEDENTI E DISABILI VISIVI E ACCONSENTO A COOPERARE AI FINI DELL'OTTENIMENTO DELLE INFORMAZIONI NECESSARIE A DETERMINARE LA MIA IDONEITÀ A RICEVERE I SERVIZI.				
FIRMA DEI CANDIDATI:			DATA:	
GENITORE O TUTORE (se il candidato ha meno di 18 anni):			DATA:	

FARE RIFERIMENTO AL LATO OPPOSTO

**NEL CASO IN CUI LA RICHIESTA VENGA INVIATA DA UN ALTRO INDIVIDUO O UN'ALTRA AGENZIA,
COMPILARE I CAMPI SOTTOSTANTI E FAR FIRMARE IL CANDIDATO SUL LATO OPPOSTO**

NOME/AGENZIA: _____

INDIRIZZO: _____

FIRMA: _____

TITOLO/RAPPORTO: _____

NUMERO DI TELEFONO: _____

IN CONFORMITÀ CON LE CLAUSOLE DEL TITOLO VI DELL'ATTO IN MATERIA DI DIRITTI CIVILI DEL 1964 E DELL'ATTO SULLA RIABILITAZIONE DEL 1973, E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI, NONCHÉ CON LE NORMATIVE DERIVATE, LA FORNITURA DEI SERVIZI DELLA COMMISSIONE DELLO STATO DI NEW YORK PER I NON VEDENTI E I DISABILI VISIVI VIENE GESTITA IN MANIERA TALE DA GARANTIRE CHE NESSUN INDIVIDUO VENGA ESCLUSO DALLA PARTECIPAZIONE, SIA SOGGETTO ALLA NEGAZIONE DEI VANTAGGI DERIVANTI DAI SERVIZI, O SIA SOGGETTO A DISCRIMINAZIONE NELL'AMBITO DI TALE PROGRAMMA, IN BASE A CARATTERISTICHE QUALI SESSO, RAZZA, ETÀ, CREDO, COLORE, ORIGINE NAZIONALE O DISABILITÀ; L'AGENZIA STATALE È EFFETTIVAMENTE INCARICATA DI GESTIRE IL PROGRAMMA IN CONFORMITÀ CON LA LEGGE E LE NORMATIVE APPLICABILI.

IN CONFORMITÀ CON LA SEZIONE 504 DELL'ATTO SULLA RIABILITAZIONE DEL 1973, E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI, NESSUN INDIVIDUO DISABILE RESIDENTE NEGLI STATI UNITI POTRÀ, ESCLUSIVAMENTE IN VIRTÙ DELLA PROPRIA DISABILITÀ, ESSERE ESCLUSO DALLA PARTECIPAZIONE, VEDERSI NEGARE I VANTAGGI O ESSERE SOGGETTO A DISCRIMINAZIONI NELL'AMBITO DI UN PROGRAMMA O DI UN'ATTIVITÀ CHE RICEVE ASSISTENZA FINANZIARIA FEDERALE.