

뉴욕주
 OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
 (뉴욕주 아동 및 가족 복지국)
**COMMISSION FOR THE BLIND AND VISUALLY
 HANDICAPPED(시각 장애인 위원회)**

알림: 이 서식은 시각 장애인, 시력이 심하게 손상된 사람 또는 시각 장애인을 대신하여 개인이나 기관이 제출할 수 있습니다. 제공된 반송 봉투로 즉시 제출해 주십시오.

서비스 신청서

등록 번호:				
<input type="checkbox"/> 미스터 (Mr.) <input type="checkbox"/> 미시스 (Mrs.) <input type="checkbox"/> 미즈 (Ms.)			사회보장번호:	
거리 및 번지 주소(아파트 호수):			생년월일:	
시:	주:	우편 번호:	카운티:	전화번호:
전화가 없으시면, 연락 가능한 번호가 있습니까? 그렇다면 기입해 주십시오.				
필요한 서비스: (아래에 귀하께서 필요하다고 생각하시는 서비스에 표시해 주십시오.)				
<input type="checkbox"/> 상담 및 지도 <input type="checkbox"/> 집안 일 하기 훈련 <input type="checkbox"/> 직업 교육 및 구직 지원 <input type="checkbox"/> 직업 유지 지원		<input type="checkbox"/> 상기 시각 장애 어린이를 위한 서비스 획득 지원 <input type="checkbox"/> 기타 서비스		
시각 장애 사유:				
발병 연령:	다른 장애도 갖고 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예			
예라면, 장애 증상을 설명해 주십시오.				
비고: 본 공란에 상기 표시 항목에 대한 추가 정보를 기입하실 수 있습니다.				
이 기관에서 전에 서비스를 받아본 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요				
본인은 'NEW YORK STATE COMMISSION FOR THE BLIND AND VISUALLY HANDICAPPED'(뉴욕주 시각 장애인 위원회)가 제공하는 서비스를 신청하며 본인에 대한 서비스 적격 여부 결정과 관계된 정보 제공에 협조하는 데 동의하는 바입니다.				
신청자 서명:			날짜:	
부모 또는 보호자(신청자가 18세 미만인 경우):			날짜:	

뒷면을 보십시오.

신청서를 다른 개인이나 기관이 제출하는 경우, 아래를 작성하시고 신청자가 다른 면에 서명하도록 하십시오.

이름/기관: _____

주소: _____

서명: _____

직함/관계: _____

전화번호: _____

1964년 민권법과 개정된 1973년 재활법 조항 및 그에 따라 발령된 규제에 의거해, 뉴욕주 시각 장애인 위원회의 서비스는 그 누구도 참여에서 배제되지 않으며 혹은 성별, 인종, 나이, 신념, 피부색, 국적 또는 장애를 이유로 그러한 프로그램이 갖는 혜택을 거부 당하지 않거나 또는 차별 당하지 않는 그러한 방식으로 실시되며, 실제로 국가 기관에서는 법률에 의거해 이 프로그램을 관리하고 있습니다.

개정된 1973년 재활법 504절에 의거해, 미국의 그 어떠한 유자격 장애인도 단지 그의 장애를 이유로, 연방의 재정 지원을 받는 모든 프로그램 또는 활동에서 배제될 수 없고 혜택 요청을 거부 당하지 않으며 차별 당하지 않습니다.