

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES (ОТДЕЛ
СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ И ДЕТЕМ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК)
COMMISSION FOR THE BLIND AND VISUALLY HANDICAPPED
(КОМИССИЯ ПО ДЕЛАМ СЛЕПЫХ И СЛАБОВИДЯЩИХ)

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ

ПРИМЕЧАНИЕ. Данная форма может быть подана человеком с полной потерей или серьезным нарушением зрения либо лицом или организацией от имени такого человека. Пожалуйста, отправьте ее немедленно в конверте с предварительно напечатанным адресом.

Регистрационный номер:									
<input type="checkbox"/> Г-н <input type="checkbox"/> Г-жа <input type="checkbox"/>					Номер социального обеспечения:				
Адрес (улица, дом, кв.):							Дата рождения:		
Город:			Штат:	Почтовый индекс:		Страна:		Номер телефона:	
ЕСЛИ У ВАС НЕТ ТЕЛЕФОНА, МОЖНО ЛИ ВАМ ПОЗВОНИТЬ ПО КАКОМУ-ЛИБО НОМЕРУ ТЕЛЕФОНА? ЕСЛИ ДА, ПОЖАЛУЙСТА, УКАЖИТЕ:									
НЕОБХОДИМЫЕ УСЛУГИ: (Отметьте услуги, которые, по вашему мнению, вам требуются.)									
<input type="checkbox"/> Консультации и руководство <input type="checkbox"/> Обучение и выполнение домашних обязанностей <input type="checkbox"/> Помощь в подготовке к работе и (или) в поиске работы <input type="checkbox"/> Помощь в сохранении работы					<input type="checkbox"/> Помощь в получении услуг для вышеупомянутого ребенка с нарушением зрения <input type="checkbox"/> Другие услуги				
ПРИЧИНА НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ:									
ВОЗРАСТ, КОГДА БЫЛО НАРУШЕНО ЗРЕНИЕ:			ЕСТЬ ЛИ У ВАС КАКИЕ-ЛИБО ДРУГИЕ ФИЗИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ? <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА						
ЕСЛИ ДА, ПОЖАЛУЙСТА, ОПИШИТЕ:									
<p>ПРИМЕЧАНИЯ. Здесь вы можете предоставить дополнительную информацию по отмеченным выше пунктам.</p>									
ПОЛУЧАЛИ ЛИ ВЫ РАНЕЕ УСЛУГИ ДАННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ									
Я ПОДАЮ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ ОТ NEW YORK STATE COMMISSION FOR THE BLIND AND VISUALLY HANDICAPPED И ДАЮ СОГЛАСИЕ СОТРУДНИЧАТЬ ПРИ СБОРЕ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МОЕГО ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ.									
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ:							ДАТА:		
РОДИТЕЛЬ ИЛИ ОПЕКУН (если заявителю меньше 18 лет):							ДАТА:		

СМ. ДРУГУЮ СТОРОНУ:

ЕСЛИ ЗАЯВЛЕНИЕ ПОДАЕТСЯ ДРУГИМ ЛИЦОМ ИЛИ ОРГАНИЗАЦИЕЙ, ЗАПОЛНИТЕ ПОЛЯ НИЖЕ И ДАЙТЕ ЗАЯВИТЕЛЮ ПОСТАВИТЬ СВОЮ ПОДПИСЬ С ДРУГОЙ СТОРОНЫ

ИМЯ, ФАМИЛИЯ/ОРГАНИЗАЦИЯ: _____

АДРЕС: _____

ПОДПИСЬ: _____

ДОЛЖНОСТЬ/КЕМ ПРИХОДИТСЯ: _____

НОМЕР ТЕЛЕФОНА: _____

СОГЛАСНО ПОЛОЖЕНИЯМ ТИТУЛА VI ЗАКОНА О ГРАЖДАНСКИХ ПРАВАХ (CIVIL RIGHTS ACT) 1964 г. И ЗАКОНА О РЕАБИЛИТАЦИИ (REHABILITATION ACT) 1973 г. С ПОПРАВКАМИ, А ТАКЖЕ РАСПОРЯЖЕНИЯМ, ИЗДАННЫМ НА ОСНОВАНИИ ЭТИХ ЗАКОНОВ, УСЛУГИ NEW YORK STATE COMMISSION FOR THE BLIND AND VISUALLY HANDICAPPED ПРЕДОСТАВЛЯЮТСЯ ТАКИМ ОБРАЗОМ, ЧТО НИ ОДНОМУ ЛИЦУ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОТКАЗАНО В УЧАСТИИ ИЛИ ЛЬГОТАХ ПРОГРАММЫ И НИ ОДНО ЛИЦО НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПОДВЕРГНУТО ДИСКРИМИНАЦИИ ПО ПРИЗНАКУ ПОЛА, РАСЫ, ВОЗРАСТА, ВЕРЫ, ЦВЕТА КОЖИ, НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ИЛИ ИНВАЛИДНОСТИ; И ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ФАКТИЧЕСКИ РЕАЛИЗУЕТ ПРОГРАММУ В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ И НОРМАМИ.

СОГЛАСНО РАЗДЕЛУ 504 ЗАКОНА О РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ (REHABILITATION ACT) 1973 г. С ПОПРАВКАМИ НИ ОДНОМУ ЛИЦУ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В США, СООТВЕТСТВУЮЩЕМУ ИНЫМ ТРЕБОВАНИЯМ, НЕ МОЖЕТ БЫТЬ, ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ПО ПРИЧИНЕ ИНВАЛИДНОСТИ, ОТКАЗАНО В УЧАСТИИ ИЛИ ЛЬГОТАХ ПРОГРАММЫ И НИ ОДНО ЛИЦО НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПОДВЕРГНУТО ДИСКРИМИНАЦИИ ВО ВРЕМЯ УЧАСТИЯ В ЛЮБОЙ ПРОГРАММЕ ИЛИ МЕРОПРИЯТИИ, ФИНАНСИРУЕМОМ НА ФЕДЕРАЛЬНОМ УРОВНЕ.