

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
**COMISIÓN PARA LOS CIEGOS
E IMPEDIDOS DE LA VISTA
SOLICITUD DE SERVICIOS**

NOTIFICACIÓN: Este formulario puede ser presentado por una persona que es ciega o tiene impedimentos severos de la vista, o por un individuo o agencia en nombre de la persona ciega. Por favor devuelva el formulario pronto en el sobre provisto.

Número de Inscripción:									
<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.					Número de Seguro Social:				
Dirección de Calle (Apto. #):							Fecha de Nacimiento:		
Ciudad:			Estado:	Zona Postal:	Condado:		Número de Teléfono:		
SI NO TIENE TELÉFONO, ¿EXISTE UN NÚMERO DONDE SE LE PUEDA ENCONTRAR? SI LO TIENE, POR FAVOR PROVÉALO:									
SERVICIOS REQUERIDOS: (Marque debajo los servicios que usted cree que necesita.)									
<input type="checkbox"/> Consejería y guía <input type="checkbox"/> Capacitación en quehaceres domésticos <input type="checkbox"/> Asistencia en la preparación y encuentro de un trabajo <input type="checkbox"/> Asistencia en mantener mi trabajo					<input type="checkbox"/> Asistencia para obtener servicios para el niño(a) nombrado arriba, quien es impedido de la vista <input type="checkbox"/> Otros servicios				
CAUSA DEL IMPEDIMENTO O DISCAPACIDAD VISUAL:									
EDAD EN QUE COMENZÓ:			¿TIENE ALGUNA OTRA DISCAPACIDAD?: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ						
SI LA TIENE, POR FAVOR DESCRIBALA:									
OBSERVACIONES: Usted puede usar este espacio para proveer información adicional sobre las casillas marcadas arriba.									
¿HA RECIBIDO SERVICIOS DE ESTA AGENCIA ANTERIORMENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO									
ESTOY SOLICITANDO SERVICIOS DE LA COMISIÓN PARA CIEGOS E IMPEDIDOS DE LA VISTA DEL ESTADO DE NUEVA YORK Y ESTOY DE ACUERDO EN COOPERAR PARA OBTENER LA INFORMACIÓN QUE DETERMINARÁ MI ELEGIBILIDAD PARA ESTOS SERVICIOS.									
FIRMA DEL SOLICITANTE:							FECHA:		
PADRE/MADRE O TUTOR(A) (Si el solicitante es menor de 18 años de edad.):							FECHA:		

FAVOR DE LEER EL OTRO LADO

SI LA APLICACIÓN ES PRESENTADA POR OTRO INDIVIDUO O AGENCIA, COMPLETE LA SECCIÓN DE ABAJO E INCLUYA LA FIRMA DEL SOLICITANTE EN EL OTRO LADO DEL FORMULARIO.

NOMBRE / AGENCIA: _____

DIRECCIÓN: _____

FIRMA: _____

TITULO / RELACIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

EN VIRTUD DE LAS PROVISIONES DEL TÍTULO VI DE LOS DERECHOS CIVILES DE 1964 Y DE LA LEY DE REHABILITACIÓN DE 1973, SEGÚN ENMENDADA, Y DE LOS REGLAMENTOS DICTADOS BAJO ÉSTAS, LOS SERVICIOS DE LA COMISIÓN PARA LOS CIEGOS E IMPEDIDOS DE LA VISTA DEL ESTADO DE NUEVA YORK SE LLEVAN A CABO DE MANERA QUE NINGUNA PERSONA SEA EXCLUIDA DE PARTICIPAR, SEA DENEGADA BENEFICIOS, O ESTÉ SUJETA A DISCRIMINACIÓN BAJO ESE PROGRAMA POR SU GÉNERO, RAZA, EDAD, FE RELIGIOSA, COLOR DE PIEL, LUGAR DE NACIMIENTO O IMPEDIMENTO O DISCAPACIDAD; Y ESTA AGENCIA ESTATAL ESTÁ, EN EFECTO, ADMINISTRANDO EL PROGRAMA DE ACUERDO A LA LEY Y LOS REGLAMENTOS.

EN VIRTUD DE LA SECCIÓN 504 DE LA LEY DE REHABILITACIÓN DE 1973, SEGÚN ENMENDADA, NINGÚN INDIVIDUO DISCAPACITADO O CON IMPEDIMENTOS QUE DE OTRA MANERA FUESE ELEGIBLE PARA RECIBIR BENEFICIOS EN LOS ESTADOS UNIDOS PODRÁ SER EXLUIDO DE PATICIPAR, DENEGADO BENEFICIOS O SUJETO A DISCRIMINACIÓN SOLAMENTE POR SU DISCAPACIDAD BAJO CUALQUIER PROGRAMA O ACTIVIDAD QUE RECIBA ASISTENCIA FINANCIERA DEL GOBIERNO FEDERAL.