

STATO DI NEW YORK
UFFICIO PER I SERVIZI A MINORI E FAMIGLIE
(OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)
COMMISSIONE PER I NON VEDENTI (COMMISSION FOR THE BLIND)
MODULO DI RICHIESTA DI SERVIZI

AVVISO: Questo modulo può essere presentato da una persona non vedente o ipovedente, o da un individuo o un'agenzia per conto di tale persona

- Se hai ricevuto questo modulo, ti preghiamo di restituirlo nella busta preindirizzata fornita.
- Se stai compilando questo modulo online, compila il modulo e salvalo come documento WORD o PDF sul computer. Quindi invia il modulo per posta o e-mail all'ufficio distrettuale che si trova più vicino a te. (L'indirizzo dell'ufficio e l'email sono elencati sul retro di questo modulo).

INFORMAZIONI SUL/SULLA RICHIEDENTE

Nome completo: Iniz. sec. nome: Cognome:

Numero di previdenza sociale (social security):

Indirizzo, includi il numero dell'appartamento: Data di nascita:

Città: Stato: **Stato di New York** CAP: Contea:

Prefisso/numero di telefono: Se non si possiede un telefono: esiste un numero a cui è possibile contattare il richiedente o il genitore/tutore? No Sì Se sì, indicare il numero di telefono:

Email del richiedente o genitore/tutore:

Il richiedente ha già ricevuto servizi dalla Commissione dello Stato di New York per i non vedenti (New York State Commission for the Blind-NYSCB)? No Sì Se sì, fornire il numero di registrazione NYSCB Eye del richiedente:

SERVIZI NECESSARI AL RICHIEDENTE: (Spuntare tutte le caselle applicabili)

Consulenza e assistenza

Formazione nello svolgimento delle faccende domestiche

Assistenza nella preparazione per e/o nella ricerca di un lavoro

Assistenza nel mantenimento del lavoro attuale

Assistenza nell'ottenimento di servizi per il/la suddetto/a minore non vedente

Altri servizi

PER I CANDIDATI DI ETA' INFERIORE AI 21 ANNI - si prega di completare quanto segue:

Causa della disabilità visiva:

Età all'esordio _____

Il/la minore ha altre disabilità? No Sì Se sì, per favore descrivere:

OSSERVAZIONI (Puoi utilizzare la casella sottostante per fornire ulteriori informazioni)

Sto facendo domanda per i servizi della Commissione per i non vedenti dello Stato di New York e accetto di fornire assistenza nell'ottenere informazioni per determinare la mia idoneità ai servizi.

Firma del richiedente: Data:

Nome in stampatello del genitore/tutore - se il richiedente ha meno di 18 anni: Data:

Firma del genitore/tutore:

Se la domanda è presentata da una persona diversa dal richiedente o dal genitore/tutore del richiedente, si prega di completare quanto segue e di far firmare al richiedente o al genitore/tutore la PRIMA pagina:

INDIVIDUO CHE PRESENTA LA DOMANDA:

Nome: Cognome:

Titolo/relazione con il/la richiedente:

Firma di chi presenta la domanda:

Agenzia (se applicabile):

Indirizzo di chi presenta la domanda o dell'agenzia: Via e numero:

Città: Stato: CAP:

Prefisso e numero di telefono di chi presenta la domanda:

UFFICI DISTRETTUALI CON EMAIL DEI MANAGER DISTRETTUALI IN ELENCO

Albany – New York State Commission of the Blind, 52 Washington Street, Room 202 South Building, Rensselaer, New York 12144, **Email:** Ann.Gallagher-Sagaas@ocfs.ny.gov. **Telefono:** (518) 473-1675

Syracuse – New York State Commission of the Blind, The Atrium 100 South Salina Street, Suite 105 Syracuse, New York 13202, **Email:** Christine.Kearney@ocfs.ny.gov. **Telefono:** (315) 423-5417

Buffalo – New York State Commission of the Blind, Ellicott Square Building, 295 Main Street, Suite 590, **Scrivere a:** Suite 545 Buffalo, New York 14203, **E-mail:** Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov. **Telefono:** (716) 847-3516

Rochester – New York State Commission of the Blind - Outstation 259 Monroe Avenue, Suite 303, Rochester, New York 14607, **Email:** Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov. **Telefono:** (585) 238-8110

Westchester – New York State Commission of the Blind, 117 East Stevens Avenue, Suite 300, Valhalla, New York 10595, **Email:** Ana.Duraes@ocfs.ny.gov. **Telefono:** (914) 993-5370

Harlem – New York State Commission of the Blind, Adam Clayton Powell Jr. State Office Building, 163 West 125th Street, Suite 1315, New York, New York 10027
E-mail: Shawn.Chin-Chance@ocfs.ny.gov. **Telefono:** (212) 961-4440

Lower Manhattan – New York State Commission of the Blind, 80 Maiden Lane, Suite 401, New York, New York 10038 **Email:** Brian.Pinto@ocfs.ny.gov. **Telefono:** (212) 825-5710

Garden City – New York State Commission of the Blind, 711 Stewart Avenue, Suite 210, Garden City, New York 11530 **Email:** Paola.Nappo-Ficarra@ocfs.ny.gov. **Telefono:** (516) 743-4188

CONFORMEMENTE ALLE DISPOSIZIONI DEL *TITLE VI OF THE CIVIL RIGHTS ACT* DEL 1964, DEL *REHABILITATION ACT* DEL 1973 E SUCCESSIVE MODIFICHE, E DEI REGOLAMENTI EMANATI AI SENSI DEGLI STESSI, I SERVIZI DELLA COMMISSIONE PER I NON VEDENTI DELLO STATO DI NEW YORK SONO CONDOTTI IN MODO TALE CHE NESSUN INDIVIDUO, SIA ESCLUSO, SULLA BASE DI RAZZA, SESSO, COLORE, NAZIONALITÀ, DISABILITÀ, RELIGIONE, ETÀ, ORIENTAMENTO SESSUALE, IDENTITÀ E/O ESPRESSIONE DI GENERE, O STATO DI GENITORE, SARANNO ESCLUSI DALLA PARTECIPAZIONE, GLI SARANNO NEGATI INON RICEVA BENEFICI O SARÀ SIA OGGETTO DI DISCRIMINAZIONE IN UN PROGRAMMA O ATTIVITÀ DI ISTRUZIONE O FORMAZIONE CONDOTTA A LIVELLO FEDERALE NAZIONALITÀ; E L'AGENZIA STATALE STA INFATTI AMMINISTRANDO IL PROGRAMMA IN CONFORMITÀ CON LA LEGGE E I REGOLAMENTI. AI SENSI DELLA *SECTION 504 DEL REHABILITATION ACT* DEL 1973 E SUCCESSIVE MODIFICHE, NESSUN INDIVIDUO ALTRIMENTI QUALIFICATO CON DISABILITÀ NEGLI STATI UNITI, COME DEFINITO NELLA *SECTION 705 (20)* DEL PRESENTE TITOLO, SARÀ ESCLUSO, SOLO A CAUSA DELLA SUA DISABILITÀ, DALLA PARTECIPAZIONE, GLI SARANNO NEGATI I BENEFICI O SARÀ SOGGETTO A DISCRIMINAZIONE NELL'AMBITO DI QUALSIASI PROGRAMMA O ATTIVITÀ CHE RICEVE ASSISTENZA FINANZIARIA FEDERALE O NELL'AMBITO DI QUALSIASI PROGRAMMA O ATTIVITÀ CONDOTTA DA QUALSIASI AGENZIA ESECUTIVA O DAL SERVIZIO POSTALE DEGLI STATI UNITI.