

নিউ ইয়র্ক স্টেটের

শিশু ও পরিবার পরিষেবা অফিস (NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

দৃষ্টিহীনদের জন্য কমিশন

পরিষেবার জন্য আবেদন

বিজ্ঞপ্তি: এই ফরমটি এমন একজন জমা দিতে পারেন যিনি অন্ধ বা দৃষ্টি প্রতিবন্ধী বা অথবা সেই ব্যক্তির হয়ে কোনো ব্যক্তি বা এজেন্সি

- যদি এই ফরমটি ডাকযোগে পাঠিয়ে থাকেন, তাহলে এটিকে আগে থেকে ঠিকানা লেখা প্রদত্ত খামে ভরে ফেরত পাঠান।
- যদি আপনি অনলাইনে এই ফরমটি পূরণ করছেন, তাহলে ফরমটি পূরণ করুন এবং আপনার ডেস্কটপে WORD বা PDF ডকুমেন্ট হিসাবে সংরক্ষণ করুন। তারপর ফরমটি ডাকযোগে বা ইমেলের মাধ্যমে আপনার নিকটবর্তী ডিস্ট্রিক্ট অফিসে পাঠান। (এই ফরমের উল্টোদিকে অফিস ও ইমেল ঠিকানা দেয়া আছে)।

আবেদনকারীর তথ্য

নাম (সম্পূর্ণ):	মাম্বের আদ্যক্ষর:	পদবি:	সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর:
			- -
রাস্তার ঠিকানা (অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর):	জন্মের তারিখ:		
	/ /		
সিটি:	স্টেট:	জিপ কোড:	কাউন্টি:
	NY		
এরিয়া কোড/ফোন নম্বর:		() -	
যদি ফোন না থাকে, তাহলে কি কোনো নম্বর আছে যেখানে আবেদনকারী বা আবেদনকারীর পিতামাতা/অভিভাবকের সঙ্গে যোগাযোগ করা যাবে? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ		ইমেল (আবেদনকারী অথবা পিতামাতা/অভিভাবক):	
যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে লিখুন: () -			
আবেদনকারী কি আগে দৃষ্টিহীনের জন্য নিউ ইয়র্ক স্টেট কমিশনের (New York State Commission for the Blind, NYSCB) থেকে পরিষেবা পেয়েছে?			
<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ			
হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে আবেদনকারীর NYSCB আই রেজিস্ট্রেশন নম্বর প্রদান করুন:			
আবেদনকারীর প্রয়োজনীয় পরিষেবা: (প্রয়োজ্য সবকটিতে টিক দিন।)			
<input type="checkbox"/> কাউন্সেলিং এবং নির্দেশনা	<input type="checkbox"/> বর্তমান কাজ করতে সাহায্য		
<input type="checkbox"/> পারিবারিক কাজকর্ম করার জন্য প্রশিক্ষণ	<input type="checkbox"/> উপরে উল্লিখিত নামের জন্য পরিষেবা পেতে সাহায্য দৃষ্টি প্রতিবন্ধী শিশু		
<input type="checkbox"/> কোনও চাকরির প্রস্তুতি এবং/অথবা অনুসন্ধান সহায়তা	<input type="checkbox"/> অন্যান্য পরিষেবাদি		
21 বছরের কমবয়সী আবেদনকারীরা, (অনুগ্রহ করে নিচের অংশটি পূরণ করুন):			
দৃষ্টিশক্তি অবনতির কারণ:			
শুরু হওয়ার বয়স _____ শিশুটির কি অন্য কোনও প্রতিবন্ধকতা আছে? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ			
যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে বর্ণনা দিন:			
মন্তব্য (কোনো অতিরিক্ত তথ্য প্রদান করতে আপনি নীচের বাক্সটি ব্যবহার করতে পারেন)			
আমি দৃষ্টিহীনের জন্য নিউ ইয়র্ক স্টেট কমিশন (NEW YORK STATE COMMISSION FOR THE BLIND)-এর থেকে পরিষেবাদের জন্য আবেদন করছি এবং পরিষেবাদি পাওয়ার জন্য আমার যোগ্যতা নির্ধারণে তথ্য পাওয়ার ক্ষেত্রে সহযোগিতা করার জন্য সম্মতি জানাচ্ছি।			
আবেদনকারীর স্বাক্ষর:	তারিখ:		
	/ /		
পিতামাতা/অভিভাবকের ছাপানো নাম (যদি আবেদনকারীর বয়স 18 বছরের কম হয়):			
পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর:	তারিখ:		
	/ /		

অনুগ্রহ করে পাতা উল্টান এবং অন্য দিকটি সম্পূর্ণ করুন

যদি আবেদনকারী বা আবেদনকারীর পিতামাতা/অভিভাবকের বদলে অন্য কেউ আবেদন জমা করে, তখন অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত পূরণ করুন এবং আবেদনকারী বা আবেদনকারীর পিতামাতা/অভিভাবককে দিয়ে সহ করিয়ে নিন:

যে ব্যক্তি আবেদন জমা দিচ্ছেন:

নাম:	পদবি:		
পদ/আবেদনকারীর সঙ্গে সম্পর্ক:			
যে জমা দিয়েছে তার স্বাক্ষর:			
এজেন্সি (প্রযোজ্য হলে):			
জমাদানকারী বা এজেন্সির ঠিকানা:	রাস্তা:		
	সিটি:	স্টেট:	জিপ কোড:
যে জমা দিয়েছে তার ফোন নম্বর:	() -		

ডিস্ট্রিক্ট ম্যানেজারের ইমেল সহ ডিস্ট্রিক্ট অফিস

Albany - NYSCB

52 Washington St.,
Room 202 South Bldg.
Rensselaer, NY 12144

ইমেল: Ann.Gallagher-Sagaas@ocfs.ny.gov

টেলিফোন: (518) 473-1675

Syracuse - NYSCB

The Atrium
100 S. Salina Str., Suite 105
Syracuse, NY 13202

ইমেল: Amy.Carreno@ocfs.ny.gov

টেলিফোন: (315) 423-5417

Buffalo - NYSCB

Ellicott Square Building
295 Main St., Suite 590
ডাক: Suite 545

Buffalo, NY 14203

ইমেল: Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov

টেলিফোন: (716) 847-3516

Rochester - NYSCB-Outstation

259 Monroe Ave., Suite 303
Rochester, NY 14607

ইমেল: Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov

টেলিফোন: (585) 238-8110

Westchester - NYSCB

117 East Stevens Ave., Suite 300
Valhalla, NY 10595

ইমেল: Ana.Duraes@ocfs.ny.gov

টেলিফোন: (914) 993-5370

Harlem - NYSCB

Adam Clayton Powell Jr.
State Office Bldg.
163 West 125th St., Suite 1315
New York, NY 10027

ইমেল: Shawn.Chin-Chance@ocfs.ny.gov

টেলিফোন: (212) 961-4440

Lower Manhattan - NYSCB

80 Maiden Lane, Suite 401
New York, NY 10038

ইমেল: Brian.Pinto@ocfs.ny.gov

টেলিফোন: (212) 825-5710

Garden City - NYSCB

711 Stewart Ave., Suite 210
Garden City, NY 11530

ইমেল: Paola.Nappo-Ficarra@ocfs.ny.gov

টেলিফোন: (516) 743-4188

1964 সালের নাগরিক অধিকার আইনের ধারা VI প্রবিধান এবং 1973 সালের সংশোধিত পুনর্বাসন আইন এবং তদধীন জারি করা প্রবিধানসমূহ অনুযায়ী এবং দৃষ্টিহীনের জন্য নিউ ইয়র্ক স্টেট কমিশনের পরিষেবাদি এমন এক পদ্ধতিতে পরিচালিত হয় যার ফলে কোনও ব্যক্তি অংশগ্রহণ থেকে বঞ্চিত হয় না, সুবিধাদির থেকে প্রত্যাখান করা হয় না অথবা লিঙ্গ, জাতি, বয়স, ধর্মবিশ্বাস, বর্ণ, জাতিগত পরিচয় অথবা প্রতিবন্ধকতার ওপর নির্ভর করে এই ধরনের কর্মসূচিতে বৈষম্যের কারণ হয় না; এবং স্টেটের এই এজেন্সিটি আইন এবং প্রবিধান মেনেই কর্মসূচি পরিচালনা করে।

1973 সালের সংশোধিত পুনর্বাসন আইনের ধারা 504 অনুযায়ী, মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে যোগ্য প্রতিবন্ধী ব্যক্তিকে, তার স্বতন্ত্র প্রতিবন্ধকতার কারণে, অংশগ্রহণ থেকে বহির্ভূত করা যাবে না, সুবিধাদি প্রত্যাখান করা যাবে না অথবা কোনও কর্মসূচিতে অথবা ফেডারেল অর্থিক সহায়তায় পাওয়ার ক্ষেত্রে বৈষম্যের পাত্র করা যাবে না।