

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК  
УПРАВЛЕНИЕ ПО ДЕЛАМ СЕМЬИ И ДЕТЕЙ (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)  
**КОМИССИЯ ПО ДЕЛАМ СЛЕПЫХ (COMMISSION FOR THE BLIND)**  
**ЗАЯВКА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ**

**ПРИМЕЧАНИЕ:** эта форма может быть подана слепым лицом или лицом с нарушением зрения либо от его имени каким-либо иным лицом или учреждением.

- Если вы получили эту форму по почте, заполните ее и верните в прилагаемом конверте с указанным обратным адресом.
- Если вы заполняете эту форму онлайн, заполните ее и сохраните как документ WORD или PDF на рабочем столе. Затем отправьте эту форму по обычной или электронной почте в ближайшее к вам окружное отделение. (Почтовый адреса и адреса электронной почты указаны на обороте этой формы.)

ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ				
Имя (полное):	Инициал среднего имени:	Фамилия:	Номер социального обеспечения: - -	
Улица, номер дома (или квартиры):			Дата рождения: / /	
Город:	Штат: <b>NY</b>	Почтовый индекс:	Округ:	Код региона / номер телефона: ( ) -
Если у вас нет телефона, можно ли связаться с заявителем или его родителем / опекуном по какому-либо номеру? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если «Да», укажите этот номер: ( ) -			Адрес эл. почты (заявителя или его родителя / опекуна):	
Получал ли заявитель услуги от Комиссии штата Нью-Йорк по делам слепых (NYSCB) ранее? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если «Да», укажите его номер в реестре NYSCB:				
УСЛУГИ, В КОТОРЫХ НУЖДАЕТСЯ ЗАЯВИТЕЛЬ (отметьте все подходящие варианты):				
<input type="checkbox"/> Консультирование и предоставление рекомендаций	<input type="checkbox"/> Помощь в сохранении текущего места работы		<input type="checkbox"/> Помощь в получении услуг для вышеуказанного ребенка с нарушением зрения	
<input type="checkbox"/> Тренинг по выполнению работы по дому	<input type="checkbox"/> Другие услуги			
<input type="checkbox"/> Помощь в подготовке к трудоустройству и (или) в поиске работы				
ДЛЯ ЗАЯВИТЕЛЕЙ МЛАДШЕ 21 ГОДА (заполните следующие поля):				
Причина нарушения зрения:				
Возраст на момент появления нарушения: _____ Имеются ли у ребенка иные нарушения здоровья? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если «Да», опишите их:				
КОММЕНТАРИИ (в этом поле можно предоставить любые дополнительные сведения)				
<b>Я подаю заявление на получение услуг от Комиссии штата Нью-Йорк по делам слепых и даю согласие содействовать в получении информации, необходимой для определения моего права на получение услуг.</b>				
Подпись заявителя:			Дата: / /	
Имя и фамилия родителя / опекуна печатными буквами (если заявителю еще не исполнилось 18 лет):				
Подпись родителя / опекуна:			Дата: / /	

**ПЕРЕВЕРНИТЕ СТРАНИЦУ И ЗАПОЛНИТЕ ОБРАТНУЮ СТОРОНУ**

**Если заявление подается лицом, не являющимся заявителем или его родителем / опекуном, заполните поля ниже и попросите, чтобы заявитель или его родитель / опекун подписали ЛИЦЕВУЮ СТОРОНУ этой формы.**

**ЛИЦО, ПОДАЮЩЕЕ ЗАЯВЛЕНИЕ:**

Имя:		Фамилия:	
Должность / кем приходится заявителю:			
Подпись подателя:			
Учреждение (если применимо):			
Адрес подателя или учреждения:		Улица и номер дома:	
		Город:	Штат:
		Почтовый индекс:	
Номер телефона подателя:	( )	-	

**АДРЕСА ОКРУЖНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ И АДРЕСА ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ РЕГИОНАЛЬНЫХ РУКОВОДИТЕЛЕЙ**

**Albany - NYSCB**

52 Washington St.,  
Room 202 South Bldg.  
Rensselaer, NY 12144  
**Адрес эл. почты:** [Ann.Gallagher-Sagaas@ocfs.ny.gov](mailto:Ann.Gallagher-Sagaas@ocfs.ny.gov)  
Телефон: (518) 473-1675

**Syracuse - NYSCB**

The Atrium  
100 S. Salina Str., Suite 105  
Syracuse, NY 13202  
**Адрес эл. почты:** [Amy.Carreno@ocfs.ny.gov](mailto:Amy.Carreno@ocfs.ny.gov)  
Телефон: (315) 423-5417

**Buffalo - NYSCB**

Ellicott Square Building  
295 Main St., Suite 590  
**Почтовый адрес:** Suite 545  
Buffalo, NY 14203  
**Адрес эл. почты:** [Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov](mailto:Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov)  
Телефон: (716) 847-3516

**Rochester - NYSCB-Outstation**

259 Monroe Ave., Suite 303  
Rochester, NY 14607  
**Адрес эл. почты:** [Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov](mailto:Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov)  
Телефон: (585) 238-8110

**Westchester - NYSCB**

117 East Stevens Ave., Suite 300  
Valhalla, NY 10595  
**Адрес эл. почты:** [Ana.Duraes@ocfs.ny.gov](mailto:Ana.Duraes@ocfs.ny.gov)  
Телефон: (914) 993-5370

**Harlem - NYSCB**

Adam Clayton Powell Jr.  
State Office Bldg.  
163 West 125th St., Suite 1315  
New York, NY 10027  
**Адрес эл. почты:** [Shawn.Chin-Chance@ocfs.ny.gov](mailto:Shawn.Chin-Chance@ocfs.ny.gov)  
Телефон: (212) 961-4440

**Lower Manhattan - NYSCB**

80 Maiden Lane, Suite 401  
New York, NY 10038  
**Адрес эл. почты:** [Brian.Pinto@ocfs.ny.gov](mailto:Brian.Pinto@ocfs.ny.gov)  
Телефон: (212) 825-5710

**Garden City - NYSCB**

711 Stewart Ave., Suite 210  
Garden City, NY 11530  
**Адрес эл. почты:** [Paola.Nappo-Ficarra@ocfs.ny.gov](mailto:Paola.Nappo-Ficarra@ocfs.ny.gov)  
Телефон: (516) 743-4188

В СООТВЕТСТВИИ С ПОЛОЖЕНИЯМИ РАЗДЕЛА VI ЗАКОНА О ГРАЖДАНСКИХ ПРАВАХ (CIVIL RIGHTS ACT) ОТ 1964 ГОДА И ЗАКОНА О РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ (REHABILITATION ACT) ОТ 1973 ГОДА (С ПОПРАВКАМИ), А ТАКЖЕ СОГЛАСНО НОРМАТИВНЫМ АКТАМ, ВЫДАННЫМ НА ОСНОВАНИИ УКАЗАННЫХ ЗАКОНОВ, КОМИССИЯ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК ПО ДЕЛАМ СЛЕПЫХ ПРЕДОСТАВЛЯЕТ УСЛУГИ ТАКИМ ОБРАЗОМ, ЧТОБЫ НИКТО НЕ БЫЛ ИСКЛЮЧЕН ИЗ ПРОГРАММ, НИКОМУ НЕ БЫЛО ОТКАЗАНО В ПОЛУЧЕНИИ ПОСОБИЙ И ЛЬГОТ И НИКТО НЕ ПОДВЕРГАЛСЯ ДИСКРИМИНАЦИИ ИНЫМ ОБРАЗОМ ПО ПРИЗНАКУ ПОЛА, РАСЫ, ВОЗРАСТА, ВЕРОИСПОВЕДАНИЯ, ЦВЕТА КОЖИ, НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ИЛИ ИНВАЛИДНОСТИ. УЧРЕЖДЕНИЕ ШТАТА РУКОВОДИТ ПРОГРАММОЙ С СОБЛЮДЕНИЕМ ВСЕХ ПРИМЕНИМЫХ ЗАКОНОВ, НОРМ И ПРАВИЛ.

В СООТВЕТСТВИИ С РАЗДЕЛОМ 504 ЗАКОНА О РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ОТ 1973 ГОДА (С ПОПРАВКАМИ), В США ЗАПРЕЩЕНО ОТКАЗЫВАТЬ В УЧАСТИИ ИЛИ ИСКЛЮЧАТЬ ИЗ ПРОГРАММ ЛИБО ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ФИНАНСИРУЕМЫХ ГОСУДАРСТВОМ, ОТКАЗЫВАТЬ В ПОЛУЧЕНИИ ЛИБО ЛИШАТЬ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПОСОБИЙ ИЛИ ЛЬГОТ, А ТАКЖЕ ПОДВЕРГАТЬ ДИСКРИМИНАЦИИ ИНЫМ СПОСОБОМ КАКИХ-ЛИБО ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ПО ПРИЧИНЕ ИХ ИНВАЛИДНОСТИ, ЕСЛИ ОНИ УДОВЛЕТВОРЯЮТ ВСЕМ ПРОЧИМ ТРЕБОВАНИЯМ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММАХ ИЛИ МЕРОПРИЯТИЯХ, ФИНАНСИРУЕМЫХ ГОСУДАРСТВОМ.