

뉴욕주 아동 가족 복지국
(NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)
시각 장애인 위원회(COMMISSION FOR THE BLIND)
서비스 신청서

유의사항. 본 양식은 시각 장애인이나 개인 또는 기관에서 시각 장애인을 대신하여 제출할 수 있습니다.

- 본 양식을 우편으로 수령한 경우 주소가 인쇄되어 있는 동봉된 봉투에 넣어 반송해 주십시오.
- 본 양식을 온라인으로 작성하는 경우 작성을 완료한 후 **WORD** 또는 **PDF** 문서로 데스크톱에 저장하십시오. 그런 다음 본 양식을 가장 가까운 사무소로 우편 또는 이메일로 보내주십시오. (사무소와 이메일 주소는 본 양식의 뒷장에 나와 있습니다)

신청자 정보				
이름(전체):	중간 이름:	성:	사회 보장 번호: - -	
거주지 주소(아파트 호수):			생년월일: / /	
시:	주: NY	우편 번호:	카운티:	지역 번호/전화번호: () -
전화가 없는 경우 신청자 또는 부모/보호자에게 연락할 수 있는 번호가 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 '예'라고 답한 경우 번호 기재: () -			이메일(신청자 또는 부모/보호자):	
신청자가 이전에 뉴욕주 시각 장애인 위원회(New York State Commission for the Blind, NYSCB)에서 제공하는 서비스를 받은 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 '예'라고 답한 경우 신청자의 NYSCB 안구 등록 번호 기재:				
신청자에게 필요한 서비스: (해당 사항에 모두 체크하십시오.)				
<input type="checkbox"/> 상담 및 지침		<input type="checkbox"/> 현재 직업 유지 지원		
<input type="checkbox"/> 가사 업무 수행 훈련		<input type="checkbox"/> 상기 시각 장애 아동을 위한 서비스 확보 지원		
<input type="checkbox"/> 취업 준비 및/또는 구직 지원		<input type="checkbox"/> 기타 서비스		
21 세 미만의 신청자(다음 사항을 기재하십시오):				
시각 장애 원인:				
발병 연령 _____ 아동에게 다른 장애가 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 '예'라고 답한 경우 구체적으로 설명:				
설명(아래 칸에 추가 정보를 제공할 수 있습니다)				
본인은 뉴욕주 시각 장애인 위원회(New York State Commission for the Blind)에서 제공하는 서비스를 신청하고 있으며 서비스 적격 여부를 결정하기 위한 정보를 획득하는 데 도움을 줄 것에 동의합니다.				
신청자 서명:			날짜: / /	
부모/보호자의 정자체 이름(신청자가 18 세 미만인 경우):				
부모/보호자 서명:			날짜: / /	

신청자 또는 신청자의 부모/보호자 이외의 다른 사람이 신청서를 제출하는 경우 다음 사항을 작성한 뒤 첫 페이지에 신청자 또는 부모/보호자의 서명을 받으십시오.

신청서를 제출하는 개인:

이름:	성:		
직함/신청자와의 관계:			
제출자 서명:			
기관(해당되는 경우):			
제출자 또는 기관 주소:	도로명:		
	시:	주:	우편번호:
제출자 전화번호:	()	-	

사무소 및 사무소 관리인 이메일 주소

Albany - NYSCB

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

이메일: Ann.Gallagher-Sagaas@ocfs.ny.gov

전화번호: (518) 473-1675

Syracuse - NYSCB

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

이메일: Amy.Carreno@ocfs.ny.gov

전화번호: (315) 423-5417

Buffalo - NYSCB

Ellicott Square Building
295 Main St., Suite 590
우편 주소: Suite 545
Buffalo, NY 14203

이메일: Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov

전화번호: (716) 847-3516

Rochester - NYSCB-Outstation

259 Monroe Ave., Suite 303
Rochester, NY 14607

이메일: Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov

전화번호: (585) 238-8110

Westchester - NYSCB

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

이메일: Ana.Duraes@ocfs.ny.gov

전화번호: (914) 993-5370

Harlem - NYSCB

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

이메일: Shawn.Chin-Chance@ocfs.ny.gov

전화번호: (212) 961-4440

Lower Manhattan - NYSCB

80 Maiden Lane, Suite 401
New York, NY 10038

이메일: Brian.Pinto@ocfs.ny.gov

전화번호: (212) 825-5710

Garden City - NYSCB

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

이메일: Paola.Nappo-Ficarra@ocfs.ny.gov

전화번호: (516) 743-4188

1964년 민권법 제 VI 편 조항, 1973년 제정된 재활법과 그에 따라 발행된 규정에 의거하여 뉴욕주 시각 장애인 위원회(New York State Commission for the Blind)에서 제공하는 서비스는 어느 누구도 성별, 인종, 나이, 신념, 피부색, 출신 국가 또는 장애를 이유로 이러한 프로그램에서 참여가 제외되거나, 혜택이 거부되거나, 차별을 당하지 않는 방식으로 수행되며 주 정부 기관은 실제로 법률 및 규정에 따라 프로그램을 운영하고 있습니다.

개정된 1973년 재활법 504 절에 따라 미국 내 해당 자격을 갖춘 장애인은 장애가 있다는 이유만으로 연방 재정 지원을 받는 모든 프로그램 또는 활동에서 참여가 제외되거나, 혜택이 거부되거나, 차별을 당해서는 안 됩니다.