

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 Tel.:		
SI NO TIENE TELÉFONO, PROVEA OTRO NÚMERO DE TELÉFONO DONDE SE LE PUEDA ENCONTRAR.											
SERVICIOS REQUERIDOS: (Marque los servicios que usted cree que necesita abajo).											
<input type="checkbox"/> Consejería <input type="checkbox"/> Entrenamiento en quehaceres domésticos <input type="checkbox"/> Asistencia para encontrar un trabajo <input type="checkbox"/> Asistencia para mantener un trabajo						<input type="checkbox"/> Asistencia para obtener servicios para el niño(a) impedido de la vista nombrado arriba <input type="checkbox"/> Otros servicios					
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 ESOS SERVICIOS.											
FIRMA DEL SOLICITANTE:									FECHA:		
PADRE/MADRE O GUARDIÁN (Si el solicitante es menor de 18 años de edad):									FECHA:		

POR FAVOR VEA EL REVERSO

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

**NOMBRE/
AGENCIA:**

DIRECCIÓN:

FIRMA:

**TÍTULO/
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 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 PUEDE SER EXCLUIDA DE PARTICIPAR, SER RECHAZADA, O ESTAR SUJETA A DISCRIMINACIÓN BAJO TAL PROGRAMA POR RAZA, EDAD, FE RELIGIOSA, COLOR DE PIEL, LUGAR DE NACIMIENTO O IMPEDIMENTO/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 ENMENDADA, NINGÚN INDIVIDUO DISCAPACITADO O CON IMPEDIMENTOS QUE DE OTRA MANERA FUESE ELEGIBLE EN LOS ESTADOS UNIDOS PODRÁ SER EXLUIDO DE PATICIPAR, RECHAZADO O SUJETO A DISCRIMINACIÓN SOLAMENTE POR SU DISCAPACIDAD BAJO CUALQUIER PROGRAMA O ACTIVIDAD QUE RECIBA ASISTENCIA FINANCIERA DEL GOBIERNO FEDERAL.