

**ניו יארק סטעיט  
אפיס פון קינדער און פאמיליע סערוויסעס  
קאמיסיע פאר די בלינדע  
אפליקאציע פאר סערוויס**

**מעלדונג:** דער פארם מעג אריינגעגעבן ווערן דורך א מענטש וואס איז בלינד אדער האט באגרעניצטע זע-קראפט, אדער דורך א מענטש אדער אגענטור אין נאמען פון אזא מענטש

- אויב מען האט אייך געשיקט דעם פארם דורך פאסט, ביטע שיקט עס צוריק אינעם פאראויס-אדרעסירטן קאנווערט וואס איז צוגעשטעלט געווארן.
- אויב איר פולט אויס דעם פארם אנליין, ביטע פולט אויס דעם פארם און סעיוו'ט עס אלס א WORD אדער PDF דאקומענט צו אייער דעסקטאפ. דאן שיקט עס דורך פאסט אדער אימעיל צום דיסטריקט אפיס וואס געפינט זיך די נאנטסטע צו אייך. (אפיס און אימעיל אדרעסן זענען אויסגערעכנט אויפן הונטערשטן זייט פון דעם פארם).

| <b>אפליקאנט אינפארמאציע</b>   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| ערשטע (גאנצע):  | מיטלסטע אינישעל:   | לעצטע:   | סאשעל סעקיוריטי נומער: - -   |  |
| גאס אדרעס (אפט. #)  |  |  | געבורט דאטום: / /  |  |
| סיטי:   | שטאט: NY   | זיפ קאוד:  | קאונטי:  | עריע קאוד\ טעלעפאן נומער: ( ) -  |
| אויב נישטא קיין טעלעפאן, איז פארהאן א נומער וואו מען קען טרעפן דעם אפליקאנט אדער עלטערן/גארדיען? <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יא  |  | אימעיל (פון אפליקאנט אדער עלטערן/גארדיען):   |  |  |
| האט דער אפליקאנט שוין אמאל באקומען סערוויסעס פון די ניו יארק סטעיט קאמיסיע פאר די בלינדע (NYSCB)? <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יא<br>אויב יא, ביטע צושטעלן אפליקאנט'ס NYSCB אויג רעגיסטראציע נומער: |  |  |  |  |
| <b>סערוויסעס וואס דער אפליקאנט דארף: (באצייכנט אלע וואס זענען שייך.)</b>  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> קאונסעלינג און אנווייזונג  | <input type="checkbox"/> הילף מיטן אנהאלטן יעצטיגע דזשאב | <input type="checkbox"/> טרענירונג אין דורכפירן הויזגעזונד פליכטן                                      | <input type="checkbox"/> הילף מיטן באקומען סערוויסעס פאר די אויבנדערמאנטע קינד מיט באגרעניצטע זע-קראפט | <input type="checkbox"/> הילף מיטן זיך צוגרייטן פאר און/אדער טרעפן א דזשאב |
| <input type="checkbox"/> אנדערע סערוויסעס   | <input type="checkbox"/> הילף מיטן אנהאלטן יעצטיגע דזשאב | <input type="checkbox"/> הילף מיטן באקומען סערוויסעס פאר די אויבנדערמאנטע קינד מיט באגרעניצטע זע-קראפט | <input type="checkbox"/> אנדערע סערוויסעס  | <input type="checkbox"/> אנדערע סערוויסעס                                  |
| <b>פאר אפליקאנטן אונטער 21 יאר אלט (ביטע פולט אויס דאס פאלגנדע):</b>  |  |  |  |  |
| אורזאך פון זע-קראפט באגרעניצונג:  |  |  |  |  |
| עלטער ווען אנגעהויבן _____ האט דאס קינד סיי וועלכע אנדערע דיסאביליטיס? <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יא  |  |  |  |  |
| אויב יא, ביטע שילדערט:  |  |  |  |  |
| <b>באמערקונגען (איר קענט נוצט דעם קעסטל אונטן צו צושטעלן נאך אינפארמאציע)</b>   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
| <b>איך געב זיך איין פאר סערוויסעס פון די ניו יארק סטעיט קאמיסיע פאר די בלינדע און בין איינשטימיג צו העלפן באקומען אינפארמאציע צו באשטימען מיין בארעכטיגונג פאר סערוויסעס.</b>   |  |  |  |  |
| אפליקאנט אונטערשריפט:   |  | דאטום: / /   |  |  |
| דרוקט נאמען פון עלטערן/גארדיען (אויב אפליקאנט איז אונטער 18 יאר אלט):   |  |  |  |  |
| עלטערן/גארדיען אונטערשריפט:   |  | דאטום: / /   |  |  |

**אויב די אפליקאציע ווערט אריינגעגעבן דורך סיי ווער אויסער דער אפליקאנט אדער עלטערן/גארדיען פונעם אפליקאנט, ביטע פולט אויס דאס פאלגנדע און אפליקאנט אדער עלטערן/גארדיען זאל אונטערשרייבן דעם פאדערשטן זייט:**

**מענטש וואס געבט אריין די אפליקאציע:**

|   |        |              |  |
|---|--------|--------------|--|
| ערשטע נאמען:                                |        | לעצטע נאמען: |  |
| טיטל/פארבינדונג צום אפליקאנט:               |        |              |  |
| אונטערשריפט פון דער וואס געבט אריין:        |        |              |  |
| אגענטור (אויב שייך):                        |        |              |  |
| אדרעס פון דער וואס געבט אריין אדער אגענטור: |        | גאס:         |  |
| סיטי:                                       | סטעיט: | זיפ קאוד:    |  |
| טעלעפאן נומער פון דער וואס געבט אריין       |        | -            |  |

**דיסטריקט'ס אפיס מיט דיסטריקט מענעדזשער'ס אימעיל אויסגערעכנט**

**Westchester - NYSCB**  
 East Stevens Ave., Suite 300 117  
 Valhalla, NY 10595  
**אימעיל:** [Ana.Duraes@ocfs.ny.gov](mailto:Ana.Duraes@ocfs.ny.gov)  
 טעלעפאן: (914) 993-5370

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

**Lower Manhattan - NYSCB**  
 Maiden Lane, Suite 401 80  
 New York, NY 10038  
**אימעיל:** [Brian.Pinto@ocfs.ny.gov](mailto:Brian.Pinto@ocfs.ny.gov)  
 טעלעפאן: (212) 825-5710

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

**Albany - NYSCB**  
 .,Washington St 52  
 .Room 202 South Bldg  
 Rensselaer, NY 12144  
**אימעיל:** [Ann.Gallagher-Sagaas@ocfs.ny.gov](mailto:Ann.Gallagher-Sagaas@ocfs.ny.gov)  
 טעלעפאן: (518) 473-1675

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

**Buffalo - NYSCB**  
 Ellicott Square Building  
 Main St., Suite 590 295  
 Suite 545 דורך פאסט צו:  
 Buffalo, NY 14203  
**אימעיל:** [Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov](mailto:Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov)  
 טעלעפאן: (716) 847-3516

**Rochester - NYSCB-Outstation**  
 Monroe Ave., Suite 303 259  
 Rochester, NY 14607  
**אימעיל:** [Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov](mailto:Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov)  
 טעלעפאן: (585) 238-8110

לויט די געזעצן פון טיטל VI פון די ציווילע רעכטן אקט פון 1964, און די רעהאביליטאציע אקט פון 1973 ווי פארראכטן, און די רעגולאציעס וואס זענען ארויסגעגעבן געווארן אונטער דעם, ווערן די סערוויסעס פאר די ניו יארק סטעיט קאמיסיע פאר די בלינדע דורכגעפירט ווערן אויף אזא אופן אז קיין שום מענטש וועט ווערן אויסגעשלאסן פון אנטוויקלונגען, ווערן אנטזאגט פון די בענעפיטן פון, אדער ווערן אויסגעשטעלט צו דיסקרימינאציע אונטער אזא פראגראם אויפן באזיס פון מין, ראסע, עלטער, גלויבן, קאליר, נאציאנאלע אפשטאם, אדער באגרעניצונג; און די סטעיט אגענטור טוט פאקטיש צושטעלן דעם פראגראם אין איינקלאנג מיטן געזעץ און די רעגולאציעס.

לויט טייל 504 פון די רעהאביליטאציע אקט פון 1973, ווי פארראכטן, זאל קיין שום אויסערדעם-קוואליפייצירטער באגרעניצטער מענטש אין די פאראייניגטע שטאטן ווערן, בלויז צוליב זייער באגרעניצונג, אויסגעשלאסן פון אנטוויקלונגען אין, ווערן אנטזאגט די בענעפיטן פון אדער זיין אויסגעשטעלט צו דיסקרימינאציע אונטער סיי וועלכע פראגראם אדער אקטיוויטעט וואס באקומט פעדעראלע פינאנציעלע הילף.