

STAN NOWY JORK  
URZĄD DS. USŁUG DLA DZIECI I RODZIN  
**KOMISJA DS. OSÓB NIEWIDOMYCH**  
**WNIOSEK O USŁUGĘ**

**UWAGA:** Ten formularz może zostać złożony przez osobę niewidomą lub niedowidzącą albo przez osobę lub agencję działającą w imieniu tej osoby

- Jeśli formularz został wysłany pocztą, prosimy o odesłanie go w załączonej kopercie z podanym adresem.
- W przypadku wypełniania formularza przez Internet po zakończeniu należy go zapisać jako dokument WORD lub PDF na pulpicie komputera. Następnie należy wysłać formularz pocztą lub e-mailem do najbliższego biura okręgowego. (Adresy fizyczne i adresy e-mail biur znajdują się na odwrocie niniejszego formularza).

**DANE WNIOSKODAWCY**

Pełne imię:                      Inicjał drugiego imienia:                      Nazwisko:

Numer ubezpieczenia społecznego:

Nazwa ulicy, numer budynku, numer mieszkania:                      Data urodzenia:

Miejscowość:                      Stan: **Stan Nowy Jork**      Kod pocztowy:                      Okręg:

Numer kierunkowy / numer telefonu:                      Jeśli wnioskodawca nie ma telefonu – czy jest numer, pod którym można skontaktować się z wnioskodawcą lub rodzicem/opiekunem?      Nie       Tak

Jeśli tak – proszę podać numer telefonu:

Adres e-mail wnioskodawcy lub rodzica/opiekuna:

Czy wnioskodawca korzystał wcześniej z usług Komisji ds. Osób Niewidomych stanu Nowy Jork (New York State Commission for the Blind, NYSCB)?  Nie       Tak      Jeśli tak – proszę podać numer rejestracyjny NYSCB wnioskodawcy:

**USŁUGI POTRZEBNE WNIOSKODAWCY: (Należy zaznaczyć wszystkie, które dotyczą).**

Doradztwo

Szkolenie w zakresie wykonywania prac domowych

Pomoc w przygotowaniu do pracy i/lub znalezieniu pracy

Pomoc w utrzymaniu obecnego miejsca pracy

Pomoc w uzyskaniu usług dla wyżej wymienionego dziecka niedowidzącego

Inne usługi

**DOTYCZY WNIOSKODAWCÓW PONIŻEJ 21. ROKU ŻYCIA – Należy wypełnić następujące pola:**

Przyczyna upośledzenia wzroku:

Wiek zachorowania \_\_\_\_\_

Czy dziecko ma inne niepełnosprawności?       Nie       Tak      Jeśli tak – należy opisać:

**UWAGI (w poniższym polu można podać dodatkowe informacje)**

**Ubiegam się o usługi świadczone przez Komisję ds. Osób Niewidomych stanu Nowy Jork i zgadzam się na udzielenie pomocy w uzyskaniu informacji w celu określenia moich uprawnień do korzystania z usług.**

Podpis wnioskodawcy:                      Data:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna drukowanymi literami – jeśli wnioskodawca nie ukończył 18 lat:  
Data:

Podpis rodzica/opiekuna:

**Jeśli wniosek składa inna osoba niż wnioskodawca lub rodzic/opiekun wnioskodawcy, prosimy o podanie poniższych informacji i podpisanie wniosku na PIERWSZEJ stronie przez wnioskodawcę lub rodzica/opiekuna:**

**OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK:**

Imię:                      Nazwisko:

Relacja z wnioskodawcą:

Podpis osoby składającej wniosek:

Agencja (jeśli dotyczy):

Adres osoby lub agencji składającej wniosek: Nazwa ulicy i numer budynku:

Miejscowość:                      Stan:                      Kod pocztowy:

Numer kierunkowy i numer telefonu osoby składającej wniosek:

**[BIURA OKRĘGOWE WRAZ Z ADRESAMI E-MAIL  
KIEROWNIKÓW/KIEROWNICZEK OKRĘGOWYCH](#)**

**Albany – New York State Commission of the Blind**, 52 Washington Street, Room 202 South Building, Rensselaer, New York 12144, **E-mail:** [Ann.Gallagher-Sagaas@ocfs.ny.gov](mailto:Ann.Gallagher-Sagaas@ocfs.ny.gov). **Telefon:** (518) 473-1675

**Syracuse – New York State Commission of the Blind**, The Atrium 100 South Salina Street, Suite 105 Syracuse, New York 13202, **E-mail:** [Amy.Carreno@ocfs.ny.gov](mailto:Amy.Carreno@ocfs.ny.gov). **Telefon:** (315) 423-5417

**Buffalo – New York State Commission of the Blind**, Ellicott Square Building, 295 Main Street, Suite 590, **Adres do korespondencji:** Suite 545 Buffalo, New York 14203, **E-mail:** [Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov](mailto:Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov). **Telefon:** (716) 847-3516

**Rochester – New York State Commission of the Blind - Outstation** 259 Monroe Avenue, Suite 303, Rochester, New York 14607, **E-mail:** [Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov](mailto:Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov). **Telefon:** (585) 238-8110

**Westchester – New York State Commission of the Blind**, 117 East Stevens Avenue, Suite 300, Valhalla, New York 10595, **E-mail:** [Ana.Duraes@ocfs.ny.gov](mailto:Ana.Duraes@ocfs.ny.gov). **Telefon:** (914) 993-5370

**Harlem – New York State Commission of the Blind**, Adam Clayton Powell Jr. State Office Building, 163 West 125th Street, Suite 1315, New York, New York 10027  
**E-mail:** [Shawn.Chin-Chance@ocfs.ny.gov](mailto:Shawn.Chin-Chance@ocfs.ny.gov). **Telefon:** (212) 961-4440

**Lower Manhattan – New York State Commission of the Blind**, 80 Maiden Lane, Suite 401, New York, New York 10038 **E-mail:** [Brian.Pinto@ocfs.ny.gov](mailto:Brian.Pinto@ocfs.ny.gov). **Telefon:** (212) 825-5710

**Garden City – New York State Commission of the Blind**, 711 Stewart Avenue, Suite 210,  
Garden City, New York 11530 **E-mail:** [Paola.Nappo-Ficarra@ocfs.ny.gov](mailto:Paola.Nappo-Ficarra@ocfs.ny.gov). **Telefon:** (516) 743-4188

ZGODNIE Z POSTANOWIENIAMI TYTUŁU VI USTAWY O PRAWACH OBYWATELSKICH (CIVIL RIGHTS ACT) Z 1964 ROKU ORAZ USTAWY O REHABILITACJI (REHABILITATION ACT) Z 1973 ROKU Z PÓŹNIEJSZYMI ZMIANAMI, A TAKŻE PRZEPISAMI WYDANYMI NA ICH PODSTAWIE, USŁUGI KOMISJI DS. OSÓB NIEWIDOMYCH STANU NOWY JORK SĄ ŚWIADCZONE W TAKI SPOSÓB, ŻE ŻADNA OSOBA, BEZ WZGLĘDU NA RASĘ, PŁEĆ, KOLOR SKÓRY, POCHODZENIE NARODOWE, NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ, RELIGIĘ, WIEK, ORIENTACJĘ SEKSUALNĄ, TOŻSAMOŚĆ I/LUB EKSPRESJĘ PŁCIOWĄ LUB STATUS RODZICA, NIE ZOSTANIE WYKLUCZONA Z UCZESTNICTWA W PROGRAMIE EDUKACYJNYM LUB SZKOLENIOWYM PROWADZONYM PRZEZ WŁADZE FEDERALNE, NIE BĘDZIE POZBAWIONA PŁYNĄCYCH Z NIEGO KORZYŚCI ANI NIE BĘDZIE NARAŻONA NA DYSKRYMINACJĘ; PRZY CZYM AGENCJA STANOWA FAKTYCZNIE ZARZĄDZA PROGRAMEM ZGODNIE Z PRAWEM I PRZEPISAMI. ZGODNIE Z ART. 504 USTAWY O REHABILITACJI Z 1973 ROKU Z PÓŹNIEJSZYMI ZMIANAMI ŻADNA OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ NIE BĘDZIE, WYŁĄCZNIE Z POWODU SWOJEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI, WYKLUCZONA Z UDZIAŁU W JAKIMKOLWIEK PROGRAMIE LUB DZIAŁANIU OTRZYMUJĄCYM FEDERALNĄ POMOC FINANSOWĄ LUB W JAKIMKOLWIEK PROGRAMIE LUB DZIAŁANIU PROWADZONYM PRZEZ DOWOLNĄ AGENCJĘ WYKONAWCZĄ LUB PRZEZ UNITED STATES POSTAL SERVICE, NIE BĘDZIE POZBAWIONA KORZYŚCI PŁYNĄCYCH Z TAKIEGO PROGRAMU LUB DZIAŁANIA ORAZ NIE BĘDZIE DYSKRYMINOWANA, JEŻELI POD KAŻDYM WZGLĘDEM KWALIFIKUJE SIĘ DO TAKIEGO PROGRAMU LUB DZIAŁANIA W STANACH ZJEDNOCZONYCH, ZGODNIE Z DEFINICJĄ ZAWARTĄ W ART. 705 (20) TEGO TYTUŁU.