

紐約州兒童與家庭服務辦公室  
(New York State Office of Children and Family Services)  
**視障者委員會 (COMMISSION FOR THE BLIND)**  
**服務申請**

**注意：**此表格可由失明或視力障礙者提交，或由個人或機構代表該人提交

- 若您已寄出過此表格，請使用隨附的回郵信封將其退回。
- 若您於線上填寫此表格，請填完表格後以 WORD 或 PDF 文件格式儲存於桌面。然後將表格郵寄或以電子郵件傳送至離您最近的地區辦事處。（辦事處和電子郵件地址列於此表格背面）。

申請人資訊				
名字（全名）：	中間名首字母：	姓氏：	社會安全號碼： - -	
街道住址（公寓號碼）：			出生日期： / /	
城市：	州： <b>NY</b>	郵遞區號：	郡：	區碼/電話號碼： ( ) -
若沒有電話，是否有可連絡上家長/監護人的聯絡號碼？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 如果回答「是」，請說明：( ) -			電子郵件（申請人或家長/監護人）：	
申請人過去是否接受過紐約州視障者委員會 (New York State Commission for the Blind, NYSCB) 的服務？ <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 如果回答「是」，請提供申請人的 NYSCB 眼部登記號碼：				
申請人需要的服務：（勾選所有適合的項目。）				
<input type="checkbox"/> 輔導與諮詢		<input type="checkbox"/> 幫助維持現有工作穩定		
<input type="checkbox"/> 家務技巧培訓		<input type="checkbox"/> 幫助取得前述服務視障兒童		
<input type="checkbox"/> 就職準備或求職協助		<input type="checkbox"/> 其他服務		
針對 21 歲以下的申請人（請填寫以下資料）：				
視力障礙的原因：				
患病年齡 _____ 這名孩童是否有其他任何殘障？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若答案為「是」，請說明：				
備註（您可以使用以下方框提供任何額外資訊）				
我要申請紐約州視障者委員會的視障服務，並且同意協助取得判定我是否符合服務資格的資訊。				
申請人簽名：			日期： / /	
家長/監護人正楷姓名（若申請人未滿 18 歲）：				
家長/監護人簽名：			日期： / /	

請翻面繼續填寫另一面

若申請是由申請人或其家長/監護人以外的人提出，請填寫以下資料並請申請人或家長/監護人於正面簽名：

提交申請的個人：

名字：

姓氏：

稱謂/與申請人關係：

提交人簽名：

機構（若適用）：

提交人或機構地址：

街道：

城市：

州：

郵遞區號：

提交人電話號碼：

( ) -

地區辦事處和地區管理人的登載電子郵件

**Albany - NYSCB**

52 Washington St.,  
Room 202 South Bldg.  
Rensselaer, NY 12144  
電子郵件：[Ann.Gallagher-Sagaas@ocfs.ny.gov](mailto:Ann.Gallagher-Sagaas@ocfs.ny.gov)  
電話：(518) 473-1675

**Syracuse - NYSCB**

The Atrium  
100 S. Salina Str., Suite 105  
Syracuse, NY 13202  
電子郵件：[Amy.Carreno@ocfs.ny.gov](mailto:Amy.Carreno@ocfs.ny.gov)  
電話：(315) 423-5417

**Buffalo - NYSCB**

Ellicott Square Building  
295 Main St., Suite 590  
郵寄地址：Suite 545  
Buffalo, NY 14203  
電子郵件：[Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov](mailto:Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov)  
電話：(716) 847-3516

**Rochester - NYSCB-Outstation**

259 Monroe Ave., Suite 303  
Rochester, NY 14607  
電子郵件：[Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov](mailto:Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov)  
電話：(585) 238-8110

**Westchester - NYSCB**

117 East Stevens Ave., Suite 300  
Valhalla, NY 10595  
電子郵件：[Ana.Duraes@ocfs.ny.gov](mailto:Ana.Duraes@ocfs.ny.gov)  
電話：(914) 993-5370

**Harlem - NYSCB**

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

**Lower Manhattan - NYSCB**

80 Maiden Lane, Suite 401  
New York, NY 10038  
電子郵件：[Brian.Pinto@ocfs.ny.gov](mailto:Brian.Pinto@ocfs.ny.gov)  
電話：(212) 825-5710

**Garden City - NYSCB**

711 Stewart Ave., Suite 210  
Garden City, NY 11530  
電子郵件：[Paola.Nappo-Ficarra@ocfs.ny.gov](mailto:Paola.Nappo-Ficarra@ocfs.ny.gov)  
電話：(516) 743-4188

根據 1964 年《民權法案》(THE CIVIL RIGHTS ACT) 第六章的規定、經修正的 1973 年的《康復法案》(THE REHABILITATION ACT) 以及由此產生的法規，紐約州視障者委員會的服務完全沒有排除任何對象，在此類計畫中，任何人都不会因性別、種族、年齡、族裔、膚色、原國籍或殘障情況，而被排除在參與範圍之外，也不会因前述原因受到歧視；而且國家機構實際上會根據法律和法規來管理該計畫。

根據經修正的 1973 年《康復法案》第 504 條，美國聯邦財政援助的任何計畫或活動都不得對合格的殘障個人進行個別規定，因為其殘障的狀況而將其排除在參與之外，亦不得因此被駁回福利或受到歧視。