Invia il modulo compilato a:

Università dello Stato di New York
DIPARTIMENTO DELL'ISTRUZIONE DI STATO
Ufficio servizi di formazione permanente e carriera per adulti
- Reinserimento professionale
(ACCES-VR)

Modulo richiesta servizi VR

VR-04 (7/14)

Inserisci tutte le informazioni scrivendole in maiuscolo o a macchina.

NOME *Cognome* *Nome* *Iniziale secondo nome*	SESSO ☐ Uomo ☐ Donna
Se in passato eri conosciuto/a con un **altro nome**, scrivilo qui: *Cognome* *Nome* *Iniziale secondo nome*	
INDIRIZZO ABITAZIONE *Via* *Numero appartamento*	
Città *Stato* *C.A.P.* *Contea*	NUMERO PREVIDENZA SOCIALE ☐☐☐-☐☐-☐☐☐☐
Se l'**INDIRIZZO POSTALE** è diverso dall'indirizzo dell'abitazione, inserisci qui sotto i dati dell'indirizzo postale.	
INDIRIZZO POSTALE *Via* *Numero appartamento*	
Città *Stato* *C.A.P.* *Contea*	

NUMERO/I DI TELEFONO *a cui possiamo contattarti oppure lasciarti un messaggio:* *Prefisso* 1. ( ) - *Casa* ☐ *Cell* ☐ *Altro* ☐ *Prefisso* 2. ( ) - *Casa* ☐ *Cell* ☐ *Altro* ☐ *Email:*_____	*Orario migliore per telefonare* 1. 2.	DATA DI NASCITA Mese Giorno Anno ☐☐-☐☐-☐☐

Gruppo etnico - Seleziona TUTTE le voci pertinenti. Se non viene compilato, ACCES provvederà a inserire i dati. Se si spunta l'origine ispanica o latina, spuntare la casella aggiuntiva.	☐ Nativo americano o nativo dell'Alaska ☐ Asiatico (incluso subcontinente indiano) ☐ Nero o afroamericano	☐ Ispanico o latino ☐ Nativo delle Hawaii o di altre isole del Pacifico ☐ Bianco

Qual è la tua disabilità?	Come hai conosciuto il nostro Ufficio?	STATO CIVILE: (*Cerchia la risposta)* (1) Coniugato/a; (2) Vedovo/a; (3) Divorziato/a (4) Separato/a (5) Mai coniugato/a

Chiedo di usufruire dei servizi di reinserimento: *Firma del richiedente, genitore o tutore legale.* *Data* _____

X *(Firma qui)*

• • • *Rispondi alle domande seguenti e a quelle riportate sul retro del modulo*. • • •

Non devi rispondere alle domande adesso, ma le tue risposte aiuteranno ACCES-VR a gestire la presente richiesta.

Hai mai usufruito dei servizi di ACCES-VR, noto anche in precedenza come VESID (Ufficio servizi professionali e formativi per disabili, Office of Vocational and Educational Services for Individuals with Disabilities)?... ☐ Sì ☐ No

Attualmente stai ricevendo servizi da una o più agenzie? ☐ Sì ☐ No

Se hai risposto in modo affermativo, indica il nome, l'indirizzo e i contatti di tale agenzia (o agenzie):

(1)

(2)

Descrivi in che modo la tua disabilità limita la tua capacità di lavorare.

Quali servizi desideri richiedere all'ACCES-VR?

La tua disabilità deriva da un infortunio sul lavoro? ☐ Sì ☐ No

Fai uso di supporti o dispositivi di assistenza? ☐ Sì ☐ No

Possiedi una patente di guida dello Stato di New York? ☐ Sì ☐ No

Possiedi una patente di guida di uno Stato diverso dallo Stato di New York? ☐ Sì ☐ No

Hai accesso ad un veicolo a motore? ☐ Sì ☐ No

Utilizzi i trasporti pubblici? ☐ Sì ☐ No

Sei in grado di uscire di casa? ☐ Sì ☐ No

Sei un(a) reduce di guerra?
☐ Sì ☐ No

Sei cittadino/a statunitense?
☐ Sì ☐ No

Se 'No', hai il permesso legale di lavorare in questo paese? ☐ Sì ☐ No

Spunta i servizi che ricevi attualmente.
☐ SSI ☐ SSDI
☐ Indennità per infortunio sul lavoro

☐ Altro (specificare) _____

Fai controllare regolarmente la tua disabilità da un medico o in una clinica? ☐ Sì ☐ No
Se 'Sì', indica la data dell'ultima visita: _____
Indica il nome e l'indirizzo del medico e della clinica (o dei medici e delle cliniche):
(1) (2)

Cerchia la più alta classe scolastica che hai portato a termine e spunta la casella o le caselle pertinenti

1 2 3 4 5 6 7 8	9 10 11 12	Diploma da privatista (GED) o scuola superiore	13 14 15 16	17	20
		Diploma equipollente ☐ Sì ☐ No	Università	Master	Dottorato

Istruzione speciale ☐ Sì ☐ No Attualmente frequenti la scuola superiore? ☐ Sì ☐ No Indica il titolo o i titoli di studio universitari che hai conseguito: _____

Nome e indirizzo dell'ultima scuola frequentata: *Nome della scuola* *Indirizzo*

Elenca qui sotto gli altri componenti del tuo nucleo familiare

Nome completo:	Età	Grado di parentela

Elenca qui sotto le persone che ACCES-VR può contattare nel caso in cui non riusciamo a contattare te utilizzando le informazioni riportate nella pag. 1.

Nome	Indirizzo	Telefono

Elenca qui sotto le tue precedenti esperienze lavorative (includi allegati per lavori aggiuntivi, se necessario)

Nome e indirizzo del datore di lavoro:	Date del rapporto di lavoro Dal - Al	Retribuzione settimanale	Qualifica e compiti, e motivo della cessazione del rapporto di lavoro:

Le persone che richiedono o ricevono i servizi di reinserimento hanno il diritto di chiedere il riesame delle azioni o delle decisioni assunte dal presente Ufficio. Una descrizione della procedura di riesame e il relativo modulo sono disponibili presso ogni Ufficio distrettuale ACCES-VR.

Tutte le informazioni saranno mantenute confidenziali e saranno soggette a verifica.

Il Dipartimento d'istruzione statale non discrimina in alcun modo sulla base di età, colore della pelle, credo religioso, disabilità, stato civile, gravidanza, stato militare, paese d'origine, gruppo etnico, genere, predisposizione genetica, condizione professionale o orientamento sessuale, nei propri programmi, servizi e attività di istruzione e selezione. Ogni pubblicazione destinata alla diffusione è in parte disponibile, su richiesta, in diversi formati, tra cui Braille, caratteri di stampa ingranditi o registrazione audio. Rivolgi eventuali domande sulla presente politica di non discriminazione all'Ufficio per la gestione delle risorse umane: Office of Human Resources Management, Room 528 EB, Education Building, Albany, NY 12234. Per ricevere le pubblicazioni, rivolgiti al reparto del Dipartimento che si occupa delle vendite delle pubblicazioni: Publications Sales Desk, Room 309, Education Building, Albany, NY 12234.