

**Верните заполненную форму
в следующее учреждение:**

**Университет штата Нью-Йорк,
ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ ШТАТА,
Управление кадровых услуг, переподготовки
и профессиональной реабилитации совершеннолетних
(Adult Career and Continuing Education Services-
Vocational Rehabilitation, ACCES-VR)**

**Заявление на получение услуг
профессиональной реабилитации**

VR-04 (7/14)

Напечатать или заполнить печатными буквами.

ПОЛНОЕ ИМЯ			Фамилия		Имя		Инициал второго имени		ПОЛ		
			<input type="checkbox"/> Муж.		<input type="checkbox"/> Жен.						
Если вы используете другое имя , укажите:			Фамилия		Имя		Инициал второго имени				
ДОМАШНИЙ АДРЕС			Улица					Номер квартиры			
Город		Штат		Расширенный почтовый индекс (Zip + 4)			Округ		НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ		
									□□□□-□□-□□□□		
Если ваш ПОЧТОВЫЙ АДРЕС отличается от домашнего, заполните информацию о почтовом адресе ниже.											
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС			Улица					Номер квартиры			
Город		Штат		Расширенный почтовый индекс (Zip + 4)			Округ				
НОМЕР(А) ТЕЛЕФОНА(ОВ) для связи с вами или передачи вам сообщения:					Наиболее подходящее время для звонков			ДАТА РОЖДЕНИЯ			
Код региона		Код региона			1.			Месяц		День	Год
1. () -		2. ()			2.			□□		□□	□□
Домашний <input type="checkbox"/>		Сотовый <input type="checkbox"/>	Другой <input type="checkbox"/>	Домашний <input type="checkbox"/>	Сотовый <input type="checkbox"/>	Другой <input type="checkbox"/>					
Адрес электронной почты: _____											
Расовая принадлежность/ национальность. Выберите ВСЕ подходящие ответы. Если данный пункт останется неотмеченным, ACCES сделает это за вас. Если вы выберете вариант ответа «Испаноязычный или латиноамериканец», поставьте галочку в дополнительном поле.				<input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски				<input type="checkbox"/> Испаноязычный или латиноамериканец			
				<input type="checkbox"/> Выходец из Азии (включая полуостров Индостан)				<input type="checkbox"/> Уроженец Гавайских островов или других тихоокеанских островов			
				<input type="checkbox"/> Чернокожий или афроамериканец				<input type="checkbox"/> Белый			
Каков характер вашей инвалидности?			Кто вас к нам направил?		СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: (обведите ответ)						
					(1) Состою в браке (2) Вдовец/вдова (3) Разведен(а)						
					(4) Проживаем отдельно (5) Никогда не состоял(а) в браке						
Настоящим я подаю заявление на получение реабилитационных услуг:					Подпись заявителя, его родителя или законного опекуна.						
Дата _____											
X (Место для подписи.)											

••• **Ответьте на вопросы, приведенные ниже и на обороте данной формы.** •••

Вы не обязаны отвечать на эти вопросы сейчас, но ваши ответы помогут ACCES-VR обработать ваше заявление.

Вы когда-нибудь пользовались услугами ACCES-VR или этой организации под ее прежним названием — «Управление профессионально-образовательных услуг для лиц с ограниченными возможностями» (VESID)? Да Нет

Вы в настоящее время получаете услуги в *одном* или *нескольких* агентствах? Да Нет

Если вы выбрали ответ «Да», укажите название(я), адрес(а) агентств(а) и контактн(ых) лиц(а):

(1)

(2)

Опишите, как ваша инвалидность ограничивает вашу работоспособность.

Какие услуги вы хотите получить в ACCES-VR?

Ваша инвалидность связана с производственной травмой? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Вы имеете статус ветерана? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Вы используете какие-либо вспомогательные устройства или средства? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Вы являетесь гражданином США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
У вас есть водительские права, позволяющие вам управлять транспортными средствами в штате Нью-Йорк? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	В случае отрицательного ответа: у вас есть официальное разрешение на работу в этой стране? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
У вас есть водительские права, позволяющие вам управлять транспортными средствами в любом другом штате, кроме штата Нью-Йорк? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
У вас есть доступ к автомобилю? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Отметьте пособия, которые вы получаете на данный момент. <input type="checkbox"/> Дополнительное социальное пособие малоимущим (SSI) <input type="checkbox"/> Социальная выплата по инвалидности (SSDI) <input type="checkbox"/> Компенсация за производственную травму <input type="checkbox"/> Другое, укажите _____
Вы пользуетесь общественным транспортом? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Вы можете покинуть свой дом? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Вы регулярно обращаетесь к врачу или в клинику по поводу своей инвалидности? Да Нет
 Если да, укажите дату своего последнего визита: _____
 Укажите имя (имена), фамилию(и) врача(ей), название(я) и адрес(а) клиники (клиник):
 (1) _____ (2) _____

Обведите ответ, указывающий ваш текущий уровень образования, и отметьте соответствующее(ие) поле(я).
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Аттестат о среднем или общем образовании 13 14 15 16 17 20
 Диплом, эквивалентный аттестату об окончании школы в США Да Нет Колледж Магистратура Докторантура

Специальное образование Да Нет Вы сейчас посещаете среднюю школу? Да Нет
 Укажите степень(и), полученную(ые) при обучении в колледже: _____

Название и адрес вашего последнего учебного заведения: *Название учебного заведения* *Адрес*

Ниже перечислите всех членов своей семьи.

Полное имя	Возраст	Кем вам приходится?

Ниже перечислите людей, к которым может обратиться ACCES-VR, если не удастся связаться с вами с помощью информации, представленной на стр. 1.

Имя и фамилия	Адрес	Телефон

Ниже перечислите все свои места работы (включая дополнительные должностные обязанности, если применимо).

Наименование и адрес работодателя	Даты занятости С — по	Недельный зарплаток	Должность и рабочие обязанности, причина увольнения

Лица, подающие заявление на получение или получающие реабилитационные услуги, имеют право на пересмотр любых действий или решений, совершенных или вынесенных данным учреждением. Описание процедуры пересмотра и форму заявления можно получить в любом районном офисе ACCES-VR.

Вся информация будет храниться с соблюдением правил конфиденциальности и подлежит проверке.
 Департамент образования штата Нью-Йорк не подвергает дискриминации людей на основании возраста, цвета кожи, вероисповедания, убеждений, инвалидности, семейного положения, статуса ветерана, национального происхождения, расовой принадлежности, пола, половой идентичности, статуса носителя генетических заболеваний или сексуальной ориентации при приеме на работу, зачислении в образовательные программы, предоставлении услуг или совершении каких-либо иных действий. Некоторые части любых публикаций, которые подлежат распространению, могут быть предоставлены по требованию в различных форматах, например в системе Брайля, крупным шрифтом или в виде аудиозаписи. Запросы относительно данной политики исключения дискриминации следует направлять в отдел трудовых ресурсов (Office of Human Resources Management) по адресу Room 528 EB, Education Building, Albany, NY 12234. Заявки на публикацию направляются в Отдел издательских продаж (Publications Sales Desk) по адресу Room 309, Education Building, Albany, NY 12234.