

<b>NOM</b>	Nom de famille	Prénom	Initiale	<b>SEXE</b>		
				Homme	Femme	Sexe X/Ne souhaite pas s'identifier
Si vous êtes connu sous un <b>autre nom</b> , entrez ici :				<b>NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE</b>		
Nom de famille						
<b>ADRESSE DU DOMICILE</b>		Rue	Numéro d'appartement			
		Ville	État	Code postal	Comté	
Si votre <b>ADRESSE POSTALE</b> est différente de votre adresse personnelle, veuillez compléter les informations d'adresse postale ci-dessous.						
<b>ADRESSE POSTALE</b>		Rue	Numéro d'appartement			
		Ville	État	Code postal	Comté	
Sélectionnez VR Office dont vous souhaitez recevoir les services:						
Langue préférée:						
<b>NUMÉRO(S) DE TÉLÉPHONE</b> où nous pouvons vous joindre ou laisser un message :						
<i>Indicatif régional</i>	<i>Numéro de téléphone</i>	<i>Meilleur moment pour appeler</i>	<i>Type de téléphone</i>	<i>Email:</i>		
1. ( )						
2. ( )						
<b>Race/origine ethnique – Choisissez TOUS ceux qui s'appliquent.</b>					<b>DATE DE NAISSANCE</b> Mois    Jour    Année	
<i>Si laissé vide, ACCES complètera pour vous. Si Hispanique ou Latino est coché, veuillez cocher une case supplémentaire.</i>						
Indien d'Amérique ou natif de l'Alaska		Hispanique ou Latino				
Asiatique (inclut le sous-continent indien)		Originnaire d'Hawaï ou autre insulaire du Pacifique				
Noir ou afro-américain		Blanc				
<b>Quel est votre handicap?</b>						
<b>Qui vous a référé à nous?</b>				<b>ÉTAT CIVIL : (case à cocher)</b>		
				Marié	Veuf	Divorcé
				Séparé	jamais marié	
<b>Veuillez répondre aux questions suivantes au mieux de vos capacités à ce moment-là. Si vous n'y parvenez pas, elles seront examinées lors du traitement de votre demande</b>						
Travaillez-vous actuellement avec une autre agence gouvernementale ou à but non lucratif?.....    Oui    Non						
Décrivez comment votre handicap limite votre capacité de travailler.						
Quels services recherchez-vous chez ACCES-VR ?						
Veuillez fournir toute pièce justificative supplémentaire						

Vous êtes invalide suite à un accident du travail?	Oui	Non	Êtes-vous un vétéran?	Oui	Non
Utilisez-vous des appareils ou aides fonctionnels?	Oui	Non	Êtes-vous citoyen des États-Unis?	Oui	Non
Avez-vous un permis de conduire NYS?	Oui	Non	Vérifiez les avantages dont vous bénéficiez désormais:		
Avez-vous un permis de conduire d'un État autre que New York?	Oui	Non	SSI	SSDI	L'indemnisation des travailleurs
Avez-vous accès à un véhicule à moteur?	Oui	Non	Autre, précisez _____		
Utilisez-vous les transports en commun?	Oui	Non			
Pouvez-vous quitter votre domicile?	Oui	Non			

Consultez-vous régulièrement un médecin ou une clinique au sujet de votre handicap?  Oui  Non Si oui, indiquez la date de la dernière visite \_\_\_\_\_  
 Veuillez fournir le nom et l'adresse du ou des médecins et de la ou des cliniques:  
 (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_

Indiquez la note la plus élevée que vous avez obtenue avec succès: \_\_\_\_\_ et cochez la ou les cases applicables  
 GED ou diplôme d'équivalence d'études secondaires:  Oui  Non  Collège  Lycée  Doctorat  
 Éducation spéciale  Oui  Non Allez-vous maintenant au lycée?  Oui  Non Indiquez le(s) diplôme(s) collégial(s) obtenu(s): \_\_\_\_\_

<b>Dernière école fréquentée</b>	<i>Le nom de l'école</i>	<i>Adresse</i>

**Énumérez ci-dessous les autres personnes de votre foyer**

Nom et prénom	Age	Leur relation avec vous

**Indiquez ci-dessous les personnes que ACCES-VR peut contacter si nous ne parvenons pas à vous joindre en utilisant les informations de la page 1.**

Nom	Adresse	Téléphone

**Énumérez ci-dessous votre historique de travail (incluez les pièces jointes pour des emplois supplémentaires, si nécessaire)**

Nom et adresse de l'employeur	Dates d'emploi De - à	Gains hebdomadaires	Titre du poste et fonctions, et Raison pour quitter

**Veillez fournir toute pièce justificative supplémentaire:**

**Je postule par la présente pour des services de réadaptation :**  **Signature du demandeur, du parent ou du tuteur légal\*:** \_\_\_\_\_

**X**

Date: \_\_\_\_\_

**\*Si vous avez moins de 18 ans ou si vous avez un tuteur légal, celui-ci devra signer la demande en votre nom.**

**Les personnes qui demandent ou reçoivent des services de réadaptation ont le droit de faire réviser toute action ou décision de ce bureau. Une description du processus et du formulaire d'examen peut être obtenue auprès de n'importe quel bureau de district de SOPFCA-RP.**

**Toutes les informations resteront confidentielles et sont sujettes à vérification.**

Le Département d'Éducation de l'État ne fait aucune discrimination fondée sur l'âge, la couleur, la religion, les croyances, le handicap, l'état civil, la grossesse, le statut d'ancien combattant, l'origine nationale, la race, le sexe, la prédisposition génétique ou le statut de porteur, ou l'orientation sexuelle dans son recrutement, programmes, services et activités éducatifs. Des parties de toute publication conçues pour être distribuées peuvent être mises à disposition sur demande dans divers formats, y compris le braille, les gros caractères ou la bande audio, sur demande. Les demandes concernant cette politique de non-discrimination doivent être adressées au Bureau de la gestion des ressources humaines, bureau 528 EB, Education Building, Albany, NY 12234. Les demandes de publications doivent être adressées au bureau des ventes de publications du ministère, salle 309, Education Building, Albany, New York 12234