职业康复服务申请表

VR-04 (9/23)

姓名 *姓* *名* *中间名的首字母*	**性别** ☐ 男 ☐ 女 ☐ 性别 X/不希望自我认定
如果您曾用过其他姓名，请在此处填写: *姓* *名* *中间名的首字母*	**社会保险号**

家庭地址 *街道* *公寓门牌号*

城市 *州* *邮编* *国家*

如果您的邮寄地址与您的家庭住址不同，请填写以下邮寄地址信息。

邮寄地址 *街道* *公寓门牌号*

城市 *州* *邮编* *国家*

选择您希望接受服务的职业康复办公室:

首选语言:

电话号码 我们可以联系到您或给您留言:

区号	*电话号码*	最佳来电时间	*机型（座机/手机/其它）*	*电子邮件:*
1. ( )				
2. ( )				

种族/族裔-请选择所有适用的种族/族裔选项.

如果留空，成人职业与继续教育服务办公室将完成此栏填写。如果要勾选西班牙裔或拉丁裔，请在复选框内打勾.

☐ 美国印第安人或阿拉斯加原住民
☐ 亚裔（包括印度次大陆）
☐ 黑色人种或非裔美国人
☐ 西班牙裔或拉丁裔
☐ 夏威夷原住民或其他太平洋岛民
☐ 白色人种

出生日期

月 日 年

您有哪方面的残疾?

谁向您介绍了我们机构?

婚姻状况：（复选框）

☐ 已婚 ☐ 丧偶 ☐ 离异
☐ 分居 ☐ 未婚

请尽您所能回答以下问题，如果您无法作答，我们将在受理您的申请时进行审查.

您目前是否与任何其他政府性或非营利性机构合作?..... ☐ 是 ☐ 否

请说明您的残疾状况是如何限制了您的工作能力.

您希望从ACCES-VR获得哪些服务?

请提供任何其他的证明文件

您是否因工伤致残?	☐ 是	☐ 否
您是否使用任何辅助设备或辅助工具?	☐ 是	☐ 否
您有纽约州的驾照吗?	☐ 是	☐ 否
您是否持有纽约州以外其他州的驾照?	☐ 是	☐ 否
您是否可以使用机动车辆?	☐ 是	☐ 否
您是否可以使用公共交通工具?	☐ 是	☐ 否
您是否能够离开家?	☐ 是	☐ 否

您是否是退伍军人?
☐ 是 ☐ 否

您是否是美国公民?
☐ 是 ☐ 否

请勾选出您现在享受的福利:
☐SSI ☐SSDI ☐工伤赔偿

☐其他，请说明 _____

您是否定期就残疾问题去看医生或去诊所? ☐ 是 ☐ 否 如是，请注明上次的就诊日期: _____

请提供医生和诊所的名称和地址:

(1) (2)

请列明您已顺利修完的最高学历级别: _____ 并勾选适当的选项

普通教育文凭或高中同等学历文凭: ☐ 是 ☐ 否 ☐ 大学 ☐ 研究生院 ☐ 博士

特殊教育 ☐ 是 ☐ 否 您现在是否就读于高中? ☐ 是 ☐ 否 请注明所获得的大学学位:

最后就读的学校 *学校名称* *地址*

请列出您家庭的其他成员

全名	年龄	与您的关系

如果我们无法通过第1页上的信息与您取得联系，请在下方列出 ACCES-VR可以联系的人员.

姓名	地址	电话

请在下方列出您的工作经历（如有必要，请附上其它工作经历的附件）

雇主名称和地址	受聘日期 从 - 至	周薪	职务和职责，以及 离职原因

请提供任何其它的证明文件:

本人现申请康复服务: 申请人、父母或法定监护人签名*:

X

日期:_____

***如果您未满18周岁或有法定监护人，则需要由法定监护人代表您在申请表上签字.**

申请或接受康复服务的人员有权要求对本机构的任何行动或决定进行复审。有关审查程序的说明和表格等，可向任何一所ACCES-VR地区办事处索取.

所有资料均予以保密，并须经核实.

州教育部在其招聘、教育计划，以及服务和活动中不存在基于年龄、肤色、宗教、信仰、残疾、 婚姻状况、怀孕、退伍军人身份、国籍、种族、性别、遗传倾向或携带者身份或性取向的歧视。 任何为发行而设计的出版物的部分内容都可以根据要求以各种格式提供，包括盲文、大字印刷品或录音带。有关此项非歧视政策的查询，请直接联系人力资源管理办公室，地址：纽约州奥尔巴尼市教育大厦528 EB室，邮编12234。如需索取出版物，请联系该部门的刊物销售处，地址：纽约州奥尔巴尼市教育大厦309室，邮编12234.