

NOME	<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>	<i>Iniziale del secondo nome</i>	GENERE
				Maschio Femmina Genere X/Preferisco non autoidentificarmi
Se è conosciuto/a con un altro nome, inserire il nome qui:			<i>Iniziale del secondo nome</i>	NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE
	<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>		
DOMICILIO	<i>Via</i>	<i>Numero civico</i>		
	<i>Città</i>	<i>Stato</i>	<i>Codice postale</i>	<i>Contea</i>
Se il Suo RECAPITO POSTALE è diverso dal Suo domicilio, completi le informazioni sull'indirizzo postale a seguire.				
RECAPITO POSTALE	<i>Via</i>	<i>Numero civico</i>		
	<i>Città</i>	<i>Stato</i>	<i>Codice postale</i>	<i>Contea</i>
Selezioni l'ufficio VR da cui desidera ricevere i servizi:				
Lingua preferita:				
RECAPITO/I TELEFONICO/I <i>dove possiamo contattarLa o lasciare un messaggio:</i>				
<i>Prefisso telefonico</i>	<i>Numero</i>	<i>Ora migliore per contattarLa</i>	<i>Tipo recapito telefonico</i>	<i>E-mail:</i>
1. ()				_____
2. ()				_____
Razza/etnia: selezioni QUANTO applicabile.				DATA DI NASCITA
<i>Se lasciato in bianco, ACCES avrà premura di inserirlo. Se è stato selezionato Ispanico o Latino, selezioni la casella supplementare..</i>				Mese giorno anno
Indiani d'America o nativi dell'Alaska		Ispanico o Latino		
Asiatico (include il subcontinente indiano)		Nativo hawaiano o altro isolano del Pacifico		
Nero o afroamericano		Bianco		
Qual è la Sua disabilità?				
Chi L'ha inviata a noi?			STATO CIVILE: (Contrassegni la casella)	
			Coniugato/a Vedovo/a Divorziato/a	
			Separato/a Celibe/Nubile	

La preghiamo di rispondere alle seguenti domande al meglio delle Sue capacità in questo momento, se non è in grado di farlo, saranno prese in visione al momento in cui la Sua richiesta verrà elaborata..

Attualmente lavora con qualche altra agenzia governativa o no-profit?..... Si No

Descriva in che modo la Sua disabilità limita la Sua capacità di lavorare.

Quali servizi vorrebbe ricevere da ACCES-VR?

Si prega di fornire ulteriore documentazione di supporto

È disabile a causa di un infortunio sul lavoro?	Si	No	È un/a veterano/a di guerra? Si No
Utilizza dispositivi o ausili di assistenza?	Si	No	È un/a cittadino/a degli Stati Uniti? Si No
Ha una patente di guida dello Stato di New York?	Si	No	Indichi quali sono le indennità che riceve al momento: SSI SSDI Retribuzione lavoratori Altro, specificare _____
Ha una patente di guida di uno stato diverso da New York?	Si	No	
Ha accesso a un veicolo a motore?	Si	No	
Utilizza mezzi pubblici di trasporto?	Si	No	
È in grado di uscire di casa?	Si	No	

Visita regolarmente un medico o una clinica per la Sua disabilità? Si No Se Sì, indicare la data dell'ultima visita: _____
Fornisca il nome e l'indirizzo del/i medico/i e della/e clinica/e:
(1) _____ (2) _____

Elenchi il suo grado d'istruzione più alto che ha raggiunto: _____ e selezioni la/e casella/e applicabile/i
GED o diploma di equivalenza della scuola superiore: Si No Università Scuola di Master/Specializzazione Dottorato
Istruzione particolare Si No Frequenta il liceo al momento? Si No Indicare il/i titolo/i universitari conseguito/i:

Ultima scuola frequentata	<i>Nome della scuola</i>	<i>Indirizzo</i>

Elenchi a seguire gli altri membri della Sua famiglia

Nome e cognome	Età	Rapporto di parentela con Lei

Elenchi di seguito le persone che ACCES-VR può contattare se non riusciamo a raggiungerLa utilizzando le informazioni fornite a pagina 1.

Nome	Indirizzo	Telefono

Elenchi di seguito la Sua cronologia lavorativa (inclu da una pagina nel caso lo spazio non fosse sufficiente)

Nome e indirizzo del datore di lavoro	Date di impiego Da - A	Retribuzione settimanale	Titolo professionale, mansioni e motivo per cui ha lasciato questo lavoro

Si prega di fornire ulteriore documentazione di supporto

Con la presente richiedo servizi riabilitativi: _____ Firma del richiedente, genitore o rappresentate legale*:
X
Data: _____

***Se ha meno di 18 anni o ha un tutore legale, questi dovrà firmare la domanda per Suo conto.**

Le persone che richiedono o ricevono servizi di riabilitazione hanno il diritto di avere qualsiasi azione o decisione presa da questo ufficio rivalutata. Una descrizione del processo di rivalutazione e del modulo può essere ottenuta presso qualsiasi ufficio distrettuale ACCES-VR.

Tutte le informazioni saranno mantenute riservate e soggette a verifica.

Il Dipartimento statale dell'istruzione non discrimina in base ad età, colore, religione, credo, disabilità, stato civile, gravidanza, stato di veterano, origine nazionale, razza, sesso, predisposizione genetica o stato di portatore, o orientamento sessuale nel suo reclutamento, istruzione programmi, servizi e attività. Parti di qualsiasi pubblicazione destinate alla distribuzione possono essere rese disponibili in una varietà di formati, tra cui Braille, caratteri grandi o audiocassetta, su richiesta. Le richieste riguardanti questa politica di non discriminazione devono essere indirizzate all'Ufficio per la gestione delle risorse umane, stanza 528 EB, Education Building, Albany, NY 12234. Le richieste di pubblicazioni devono essere presentate al Publications Sales Desk del Dipartimento, Room 309, Education Building, Albany, NY 12234.