

이름	마지막	첫 번째	중간 이니셜	<b>성별</b>
				<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 <small>성별 X 본인 확인을 원하지 않음</small>
다른 이름으로 알려진 경우 여기에 입력하세요:				<b>사회 보장 번호</b>
마지막				
집 주소		거리	아파트 번호	
도시		상태	우편 번호	군
우편 주소가 집 주소와 다를 경우 아래 우편 주소 정보를 작성해 주십시오.				
우편 주소		거리	아파트 번호	
도시		상태	우편 번호	군
<b>서비스를 받고 싶은 VR Office를 선택하세요:</b>				
선호하는 언어:				
귀하에게 연락하거나 메시지를 남길 수 있는 전화번호:				
지역 코드	전화 번호	전화하기 가장 좋은 시간	전화 유형	이메일:
1. (    )				_____
2. (    )				
<b>인종/민족 - 해당하는 항목을 모두 선택하세요.</b>				<b>생일</b>
<small>공백으로 두면 ACCES가 완료됩니다. 히스패닉 또는 라틴계를 체크한 경우, 추가 박스를 체크해 주세요.</small> 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 아    히스패닉 또는 라티노 시아인(인도 아대륙 포함)    하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민 흑인 또는 아프리카계 미국인    하얀색				월    년도 날
<b>당신의 장애는 무엇입니까?</b>				
<b>누가 당신에게 우리를 소개했습니까?</b>			<b>결혼 상태: (체크 박스)</b>	
			<input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 사별 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 분리됨 <input type="checkbox"/> 결혼한 적 없음	
<b>현재로서는 최선을 다해 다음 질문에 답변해 주시기 바랍니다. 답변이 불가능할 경우 신청서가 처리될 때 검토됩니다.</b>				
현재 다른 정부 기관이나 비영리 기관과 협력하고 있습니까?.....				예    아니요
귀하의 장애가 귀하의 업무 능력을 어떻게 제한하는지 설명하십시오.				
ACCES-VR에서 어떤 서비스를 찾고 계십니까?				
추가 증빙 서류를 제공해 주세요				

업무상 부상으로 인해 장애인이 되셨나요?	예	아니오	당신은 베테랑입니까? 예    아니오
보조기구나 보조기구를 사용하고 계십니까?	예	아니오	당신은 미국 시민입니까? 예    아니오
NYS 운전면허증이 있습니까?	예	아니오	
뉴욕이 아닌 다른 주에서 발급한 운전면허증을 가지고 계십니까?	예	아니오	지금 받고 있는 혜택을 확인해보세요: <b>SSI    SSDI    근로자 보상</b>
자동차를 이용할 수 있습니까?	예	아니오	기타, 지정 _____
대중교통을 이용하시나요?	예	아니오	
집에서 나갈 수 있습니까?	예	아니오	

귀하의 장애와 관련하여 정기적으로 의사나 진료소를 방문하십니까?    예    아니오    그렇다면 마지막 방문 날짜를 기재하십시오: \_\_\_\_\_  
 의사와 진료소의 이름과 주소를 알려주십시오:  
 (1) \_\_\_\_\_    (2) \_\_\_\_\_

성공적으로 이수한 최고 성적을 기재하십시오: \_\_\_\_\_ 해당 상자를 선택하십시오.

GED 또는 고등학교 동등 자격 졸업장:    예    아니오    대학    대학원    박사 학위

특수교육    예    아니오    이제 고등학교에 다니나요?    예    아니오    취득한 대학 학위를 표시하십시오:

마지막으로 다녔던 학교	학교 이름	주소
--------------	-------	----

귀하의 가구에 속한 다른 사람들을 아래에 기재하십시오

성명	나이	당신과의 관계

**1페이지의 정보를 사용하여 귀하에게 연락할 수 없는 경우 ACCES-VR이 연락할 수 있는 사람들의 목록은 아래에 있습니다.**

이름	주소	당신과의 관계

**작업 기록 아래에 목록을 작성하세요(필요한 경우 추가 작업에 대한 첨부 파일 포함)**

고용주 이름 및 주소	고용된 날짜 에서부터	주간 수익	직위와 직무 및 이직 이유

추가 증빙 서류를 제공해 주세요:

나는 이로써 재활 서비스를 신청합니다:    신청자, 부모 또는 법적 보호자\*의 서명:

**X**

날짜: \_\_\_\_\_

**\*만 18세 미만이거나 법적 보호자가 있는 경우, 해당 대리인이 귀하를 대신하여 신청서에 서명해야 합니다.**

재활 서비스를 신청하거나 받는 사람은 본 사무소의 조치나 결정을 검토받을 권리가 있습니다. 검토 과정 및 양식에 대한 설명은 ACCES-VR 지역 사무소에서 얻을 수 있습니다.

**모든 정보는 기밀로 유지되며 확인을 거쳐야 합니다.**  
 주 교육부는 채용, 교육에 있어서 연령, 피부색, 종교, 신념, 장애, 결혼 여부, 임신, 군필 여부, 출신 국가, 인종, 성별, 유전적 소인 또는 보인자 상태, 성적 취향을 근거로 차별하지 않습니다. 프로그램, 서비스, 활동. 배포용으로 제작된 출판물의 일부는 요청 시 점자, 대형 활자체, 오디오 테이프 등 다양한 형식으로 제공될 수 있습니다. 본 차별 금지 정책에 대한 문의는 Office of Human Resources Management, Room 528 EB, Education Building, Albany, NY 12234로 문의해야 합니다. 출판물 요청은 Department's Publications Sales Desk, Room 309, Education Building, Albany, 뉴욕 12234.