

| | | | | |
|---|-----------------------|--|--|--|
| IMIĘ I NAZWISKO | | | PŁEĆ | |
| <i>Nazwisko</i> | <i>Imię</i> | <i>Drugie imię lub inicjał</i> | <i>Mężczyzna</i> | <i>Kobieta</i> |
| Jeśli byłeś znany pod innym nazwiskiem, wpisz tutaj: <i>Nazwisko</i> | | | NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO | |
| ADRES DOMOWY | | | Numer mieszkania | |
| <i>Ulica</i> | | | | |
| <i>Miasto</i> | <i>Województwo</i> | <i>Kod pocztowy</i> | <i>Powiat</i> | |
| Jeśli TWÓJ ADRES KORESPONDENCYJNY różni się od adresu domowego, proszę wypełnić poniższe informacje dotyczące adresu korespondencyjnego.. | | | | |
| ADRES KORESPONDENCYJNY | | | Numer mieszkania | |
| <i>Ulica</i> | | | | |
| <i>Miasto</i> | <i>Województwo</i> | <i>Kod pocztowy</i> | <i>Powiat</i> | |
| Wybierz VR Office, z którego chcesz otrzymywać usługi: | | | | |
| Preferowany język: | | | | |
| NUMER(Y) TELEFONU, pod który można się z Tobą skontaktować lub zostawić wiadomość | | | | |
| <i>Obszar Kod</i> | <i>Numer telefonu</i> | <i>Najlepsza pora do rozmowy</i> | <i>Typ telefonu</i> | <i>Email:</i> |
| 1. () | | | | _____ |
| 2. () | | | | |
| Rasa/Etniczność - Wybierz WSZYSTKIE pasujące. <i>Jeśli zostawisz puste, ACCES uzupełni. Jeśli zaznaczysz "Hiszpańska lub Latynoska", proszę zaznaczyć dodatkowe pole.</i> | | | | DATA URODZENIA Miesiąc Dzień Rok |
| Amerykański Indianin lub tubylec z Alaski Azjatycka (obejmuje subkontynent indyjski) Czarny lub Afroamerykanin | | Hiszpańska lub Latynoska Tubylec Hawajski lub inny mieszkaniec wysp Pacyfiku Biały | | |
| Jakie jest Twoje niepełnosprawność? | | | | |
| Kto skierował Cię do nas? | | | STAN CYWILNY: (Zaznacz pole) | |
| | | | <i>Żonaty</i> <i>Wdowiec</i> <i>Rozwiedziona</i> <i>Rozdzielony</i> <i>Nigdy nie żonaty</i> | |
| Prosimy o odpowiedź na poniższe pytania według najlepszej wiedzy i umiejętności w chwili obecnej. Jeśli nie jesteś w stanie odpowiedzieć, pytania zostaną przeanalizowane podczas przetwarzania Twojego wniosku. | | | | |
| Czy obecnie współpracujesz z jakąkolwiek inną rządową lub non-profitową agencją?..... Tak Nie | | | | |
| Opisz, jak Twoja niepełnosprawność ogranicza Twoją zdolność do pracy. Jakich usług szukasz od ACCES-VR? Prosimy o dostarczenie wszelkiej dodatkowej dokumentacji potwierdzającej: | | | | |

