

ИМЯ	<i>Фамилия</i>	<i>Имя</i>	<i>Отчество</i>	ПОЛ	
				Мужской	Женский
				Не желаю идентифицировать себя	
Если Вы были известны под другим именем , укажите его здесь			НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ		
<i>Фамилия</i>			<i>Имя</i>		
<i>Отчество</i>					
ДОМАШНИЙ АДРЕС		<i>Улица</i>		<i>Номер квартиры</i>	
<i>Город</i>		<i>Штат</i>		<i>Почтовый индекс</i>	
				<i>Округ</i>	
Если Ваш почтовый адрес отличается от домашнего адреса, пожалуйста, заполните информацию о почтовом адресе ниже.					
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС		<i>Улица</i>		<i>Номер квартиры</i>	
<i>Город</i>		<i>Штат</i>		<i>Почтовый индекс</i>	
				<i>Округ</i>	
Выберите офис VR, в котором Вы хотите получать услуги:					
предпочтительный язык:					
ТЕЛЕФОННЫЙ НОМЕР (НОМЕРА), по которому мы можем связаться с Вами или оставить сообщение:					
<i>Код города</i>	<i>Номер телефона</i>	<i>Лучшее время для звонка</i>	<i>Тип телефона</i>	<i>Электронная почта:</i>	
1. ()				_____	
2. ()					
Раса/этническая принадлежность — выберите ВСЁ, что применимо.					ДАТА РОЖДЕНИЯ
<i>сли оставить это поле пустым, ACCES заполнит его. Если выбрано «испаноязычный или латиноамериканец», заполните дополнительное поле.</i>					Месяц День Год
Американский индеец или коренной житель Аляски		Испаноязычный или латиноамериканец			
Азиат (включая Индийский субконтинент)		Коренной гаваец или житель других тихоокеанских островов			
Афро-американец		Представитель белой расы			
В чем заключается ваша инвалидность?					
Кто направил Вас к нам?			СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: (отметьте в поле)		
			Женат/замужем	Вдовец/вдова	Разведён/разведена
			Проживающий отдельно	Никогда не был женат/замужем	
Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы в меру своих возможностей на данный момент, если Вы не можете этого сделать, они будут рассмотрены при обработке Вашей заявки					
Работаете ли Вы в настоящее время с каким-либо другим государственным или некоммерческим учреждением?..... Да Нет					
Опишите, как Ваша инвалидность ограничивает вашу трудоспособность.					
Какие услуги Вы хотите получить от ACCES-VR?					
Пожалуйста, предоставьте любые дополнительные подтверждающие документы					

Являетесь ли Вы лицом с ограниченными возможностями вследствие производственной травмы?	Да	Нет	Вы ветеран?
Используете ли Вы какие-либо вспомогательные устройства или приспособления?	Да	Нет	Да Нет
Есть ли у Вас водительские права штата Нью-Йорк?	Да	Нет	Являетесь ли Вы гражданином США
Имеете ли Вы водительские права, выданные в другом штате, кроме Нью-Йорка?	Да	Нет	Да Нет
Имеете ли Вы доступ к транспортному средству?	Да	Нет	Какие льготы Вы сейчас получаете:
Пользуетесь ли Вы общественным транспортом?	Да	Нет	SSI SSDI Workers Compensation
Можете ли Вы выйти из дома?	Да	Нет	Другие, укажитеу _____

Регулярно ли Вы обращаетесь к врачу или в клинику по поводу своей инвалидности? Да Нет Если да, то укажите дату последнего визита: _____

Пожалуйста, укажите имя и адрес врача и клиники:

(1) _____ (2) _____

Укажите самую высокую оценку, которую Вы получили: _____ и отметьте соответствующее поле (-ля):

Аттестат о среднем образовании: Да Нет Колледж Аспирантура Докторантура

Спец образование Да Нет Посещаете ли Вы старшие классы средней школы? Да Нет

Укажите полученную степень (степени) в вузе:

Последнее посещаемое учебное заведение	Название	Адрес

Перечислите ниже других членов Вашего домохозяйства

Полное имя	Возраст	Связь

Укажите людей, к которым ACCES-VR может обратиться, если мы не сможем связаться с Вами, используя информацию, приведенную на странице 1.

Имя	Адрес	Номер телефона

Перечислите ниже Вашу трудовую биографию (при необходимости приложите дополнительные страницы)

Название и адрес компании-работодателя	Период работы От - До	Недельный зарпботок	Название должности и обязанности, и причина увольнения

Пожалуйста, предоставьте любые дополнительные подтверждающие документы:

Настоящим я подаю заявку на получение реабилитационных услуг: Подпись заявителя, родителя или законного опекуна*:

X

Дата: _____

*Если Вам еще не исполнилось 18 лет или у Вас есть опекун, он должен подписать заявление от Вашего имени.

Лица, обращающиеся за реабилитационными услугами или получающие их, имеют право на пересмотр любых действий или решений данного офиса. Описание процесса пересмотра и форму можно получить в любом окружном офисе ACCES-VR.

Вся информация является конфиденциальной и подлежит проверке.

Государственный департамент образования не допускает дискриминации по признаку возраста, цвета кожи, религии, вероисповедания, инвалидности, семейного положения, беременности, статуса ветерана, национального происхождения, расы, пола, генетической предрасположенности или статуса носителя, а также сексуальной ориентации при приеме на работу, в образовательных программах, услугах и деятельности. Часть любой публикации, предназначенной для распространения, может быть предоставлена по запросу в различных форматах, включая шрифт Брайля, крупный шрифт или аудиозапись. С вопросами, касающимися данной политики недискриминации, следует обращаться в Управление по работе с персоналом, комната 528 EB, здание Образования, Олбани, штат Нью-Йорк, 12234. Запросы на публикации следует направлять в Отдел продаж публикаций Департамента, комната 309, здание Отдела Образования, Олбани, штат Нью-Йорк, 12234.