

نیو یارک ریاست
آفس آف چلڈرن اینڈ فیملی سروسز
کمیشن برائے نابینا افراد
سروس کے لیے درخواست

نوٹس: یہ فارم کسی ایسے شخص کے ذریعے جمع کرایا جا سکتا ہے جو نابینا یا بصارت سے محروم ہو، یا اس شخص کی طرف سے کسی فرد یا ایجنسی کے ذریعے جمع کرایا جا سکتا ہے

- اگر آپ کو یہ فارم بذریعہ ڈاک بھیج دیا گیا ہے، تو براہ کرم اسے پہلے سے فراہم کردہ پتہ والے لفافے میں رکھ کر واپس کر دیں۔
- اگر آپ یہ فارم آن لائن پُر کر رہے ہیں، تو براہ کرم فارم پُر کریں اور اسے اپنے ڈیسک ٹاپ پر WORD یا PDF دستاویز کے طور پر محفوظ کریں۔ پھر فارم کو میل یا ای میل ڈسٹرکٹ آفس کو بھیجیں جو آپ کے قریب واقع ہے۔ (دفتر کے پتے اور ای میل پتے اس فارم کے پیچھے درج ہیں)۔

درخواست گزار کی معلومات

مکمل پہلا نام: درمیانی مختصر نام: آخری نام:

سوشل سیکیورٹی نمبر:

گلی کا پتہ، اپارٹمنٹ نمبر شامل کریں: تاریخ پیدائش:

شہر: ریاست: نیو یارک اسٹیٹ زپ کوڈ: کاؤنٹی:

ایریا کوڈ/فون نمبر: اگر فون نہیں ہے، تو کیا کوئی ایسا نمبر ہے جہاں درخواست دہندہ یا والدین/سرپرست سے رابطہ کیا جا سکے؟ ہاں نہیں اگر ہاں، تو براہ کرم فون نمبر بتائیں:

درخواست دہندہ یا والدین/سرپرست کی ای میل:

کیا درخواست دہندہ نے پہلے نیو یارک اسٹیٹ کمیشن فار دی بلائنڈ-NYSCB سے خدمات حاصل کی ہیں؟ ہاں نہیں اگر ہاں، تو براہ کرم درخواست دہندہ کا NYSCB آئی رجسٹریشن نمبر فراہم کریں:

درخواست دہندہ کو درکار خدمات: (ان سبھی کو نشان زد کریں جو لاگو ہوتے ہوں)

مشاورت اور رہنمائی

گھریلو کاموں کو انجام دینے کی تربیت

ملازمت کی تیاری اور/یا تلاش میں مدد

حالیہ ملازمت کو برقرار رکھنے میں مدد

بصارت سے محروم مذکورہ بالا بچے کے لیے خدمات حاصل کرنے میں مدد

دیگر خدمات

21 سال سے کم عمر کے درخواست دہندگان کے لیے۔ براہ کرم درج ذیل کو مکمل کریں:

بصارت کی خرابی کی وجہ:

آغاز میں عمر _____

کیا بچے کو کوئی اور معذوری ہے؟ ہاں نہیں اگر ہاں، تو براہ کرم بیان کریں:
تبصرے (آپ کوئی اضافی معلومات فراہم کرنے کے لیے نیچے دیے گئے باکس کو استعمال کر سکتے ہیں)

میں نیو یارک اسٹیٹ کمیشن فار دی بلائنڈ سے خدمات کے لیے درخواست دے رہا ہوں اور خدمات کے لیے اپنی اہلیت کا تعین کرنے کے لیے معلومات حاصل کرنے میں مدد کرنے پر اتفاق کرتا ہوں۔

شرکت کنندہ کا دستخط: تاریخ:

والدین/سرپرست کا نام جلی حروف میں - اگر درخواست دہندہ کی عمر 18 سال سے کم ہے: تاریخ:

والدین/سرپرست کا دستخط:

اگر درخواست درخواست دہندہ یا درخواست دہندہ کے والدین/سرپرست کے علاوہ کسی اور کے ذریعے جمع کرائی گئی ہے، تو براہ کرم درج ذیل کو مکمل کریں اور درخواست دہندہ یا والدین/سرپرست سے آگے کے صفحہ پر دستخط کریں:

انفرادی طور پر درخواست جمع کرانا:

پہلا نام: آخری نام:

عہدہ/درخواست دہندہ سے تعلق:

جمع کرانے والے کا دستخط:

ایجنسی (اگر قابل اطلاق ہو):

جمع کرانے والے یا ایجنسی کا پتہ: گلی اور نمبر:

شہر: ریاست: زپ کوڈ:

جمع کرانے والے کا ایریا کوڈ اور فون نمبر:

درج شدہ ڈسٹرکٹ مینیجر کی ای میل کے ساتھ ضلعی دفاتر

Albany – New York State Commission of the Blind, 52 Washington Street, Room 202 South Building, Rensselaer, New York 12144، ای میل: Ann.Gallagher-Sagaas@ocfs.ny.gov، ٹیلیفون: (518) 473-1675

Syracuse – New York State Commission of the Blind, The Atrium 100 South Salina Street, Suite 105 Syracuse, New York 13202، ای میل: Christine.Kearney@ocfs.ny.gov، ٹیلیفون: (315) 423-5417

Buffalo – New York State Commission of the Blind, Ellicott Square Building, 295 Main Street, Suite 590، اس پتہ پر ڈاک بھیجیں: Suite 545 Buffalo, New York 14203، ای میل: Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov، ٹیلیفون: (716) 847-3516

Rochester – New York State Commission of the Blind - Outstation 259 Monroe Avenue, Suite 303, Rochester, New York 14607، ای میل: Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov، ٹیلیفون: (585) 238-8110

Westchester – New York State Commission of the Blind, 117 East Stevens Avenue, Suite 300, Valhalla, New York 10595، ای میل: Ana.Duraes@ocfs.ny.gov، ٹیلیفون: (914) 993-5370

Harlem – New York State Commission of the Blind, Adam Clayton Powell Jr. State Office Building, 163 West 125th Street, Suite 1315, New York, New York 10027، ای میل: Shawn.Chin-Chance@ocfs.ny.gov، ٹیلیفون: (212) 961-4440

Lower Manhattan – New York State Commission of the Blind, 80 Maiden Lane, Suite 401, New York, New York 10038، ای میل: Brian.Pinto@ocfs.ny.gov، ٹیلیفون: (212) 825-5710

Garden City – New York State Commission of the Blind, 711 Stewart Avenue, Suite 210, Garden City, New York 11530، ای میل: Paola.Nappo-Ficarra@ocfs.ny.gov، ٹیلیفون: (516) 743-4188

1964 کے سول رائٹس ایکٹ کے ٹائٹل VI کی دفعات اور 1973 کی بحالی ایکٹ میں ترمیم شدہ اور اس کے تحت جاری کردہ ضوابط کے مطابق، نیو یارک اسٹیٹ کمیشن فار دی بلائنڈ کی خدمات اس انداز میں چلائی جاتی ہیں کہ کوئی فرد نسل، جنس، رنگ، قومی اصلیت، معذوری، مذہب، عمر، جنسی رجحان، صنفی شناخت اور/یا اظہار، یا والدین کی حیثیت کی بنیاد پر، میں شرکت سے خارج کر دیا جائے گا، کے فوائد سے انکار کیا جائے گا، یا وفاق کے زیر انتظام تعلیم یا تربیتی پروگرام یا سرگرمی میں امتیازی سلوک کا نشانہ بننا؛ اور ریاستی ادارہ درحقیقت قانون اور ضوابط کے مطابق پروگرام کا انتظام کر رہا ہے۔ 1973 کی بحالی ایکٹ کے سیکشن 504 کے مطابق، جیسا کہ اس میں ترمیم کی گئی ہے، ریاستہائے متحدہ میں کسی بھی معذور اہل فرد کو، جیسا کہ اس عنوان کے سیکشن (20) 705 میں بیان کیا گیا ہے، صرف اس کی وجہ سے یا اس کی معذوری کی وجہ سے اس میں شرکت سے خارج نہیں کیا جائے گا، اس کو مراعات سے انکار نہیں کیا جائے گا، یا کسی پروگرام یا سرگرمی کے تحت وفاق مالی امداد حاصل کرنے والے یا کسی بھی ایگزیکٹو ایجنسی یا ریاستہائے متحدہ کی پوسٹل سروس کے ذریعہ منعقدہ کسی پروگرام یا سرگرمی کے تحت امتیازی سلوک کا نشانہ نہیں بنایا جائے گا۔