

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
COMISION PARA LOS CIEGOS E IMPEDIDOS DE LA VISTA
SOLICITUD DE SERVICIOS PARA NIÑOS

NOTIFICACIÓN: ESTE FORMULARIO PUEDE SER PRESENTADO POR UNA PERSONA QUE ES CIEGA O TIENE UN IMPEDIMENTO SEVERO DE LA VISION, O POR UN INDIVIDUO O AGENCIA EN NOMBRE DE UNA PERSONA CIEGA. POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO PRONTO EN EL SOBRE PRESELLADO QUE SE LE HA PROVISTO.

Nombre del Niño(a) _____ Fecha de Nac. _____

No. de Seguro Social del Niño(a) _____

Padre/Madre/Tutor(a) _____

Dirección _____

Teléfono () - _____ Tel. Trabajo () - _____

ESCUELA Y AGENCIA INVOLUCRADA

Nombre y dirección de la escuela actual _____ Grado/Nivel _____

Nombre y dirección de la(s) agencia(s) involucrada(s)
con el niño(a) _____

Razón _____

Causa del impedimento visual _____ Edad a la que se detectó _____

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Puede el niño(a) leer tipo pequeño de letras? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Puede el niño(a) leer tipo grande de letras? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Sabe el niño(a) Braille? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Puede el niño(a) ver colores? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Puede el niño(a) escribir en un teclado? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Usa el niño(a) una computadora en la escuela o en su hogar? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Usa el niño(a) anteojos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Puede el niño(a) viajar solo(a)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene el niño(a) otras discapacidades? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Si contestó "Sí", ¿qué condiciones tiene el niño(a)? _____

ESTOY SOLICITANDO SERVICIOS PARA MI HIJO(A) DE LA COMISIÓN PARA CIEGOS E IMPEDIDOS DE LA VISTA Y ESTOY DE ACUERDO EN COOPERAR PARA OBTENER LA INFORMACION NECESARIA PARA DETERMINAR SU ELEGIBILIDAD PARA SERVICIOS.

SERVICIOS REQUERIDOS:

TENGO EL SIGUIENTE SEGURO MEDICO:

MEDICAID

SEGURO PRIVADO

NO TENGO SEGURO

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR(A)

FECHA

SI LA SOLICITUD ES PRESENTADA POR OTRA PERSONA O AGENCIA, COMPLETE LA SECCION DE ABAJO Y ASEGURESE DE QUE EL PADRE/MADRE O TUTOR(A) FIRME ARRIBA:

NOMBRE/AGENCIA

DIRECCION

FIRMA

TITULO/PARENTESCO

TELEFONO ()
