DIVISIÓN DE SERVICIOS PARA PERSONAS CIEGAS Y CON DISCAPACIDAD VISUAL

APLICACIÓN PARA SERVICIOS

Actualizada y Revisada – Enero 2016

Departamento de Educación de la Florida

División de Servicios para Personas Ciegas y con Discapacidad Visual

Póliza de Recopilación de Número de Seguro Social

En cumplimiento de la Sección 119.071(5), Estatutos de la Florida, esta declaración sirve para notificarle del propósito para la recopilación y uso de su número de seguro social por parte del Departamento de Educación de la Florida, División de Servicios para Personas Ciegas y con Discapacidad Visual.

La recolección de números de seguro social es imprescindible para el desempeño de tareas de la División; para maximizar las oportunidades de empleo para las personas con ceguera o discapacidad visual. De tal manera, se puede apoyar a esas personas en búsqueda de empleo y aumentar su independencia y autosuficiencia. Si no nos provee su número de seguro social en esta forma, la División los contactará para poder obtener todos los datos necesitados para completar el proceso de aplicación para servicios.

**Estoy interesado/a en aplicar para los siguientes servicios:**

**Servicios:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Servicios para Infantes**  **Ciegos (0 – 5 Años)** |  **Servicios para Niños**  **Ciegos (6 – 13 Años)** |  **Instrucción – Vida**  **Independiente** **(Mayores de 18 años)**  |
|  **Servicios de Transición**  **(14 – 21 Años)** |  **Rehabilitación Vocacional**  **(Entrenamiento Para**  **Empleo)** |  **Otros Servicios**   |

**Servicios Específicos** (opcional)**:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Orientación y Movilidad** |  **Instrucción de Braille &**  **Servicios de Comunicación** |  **Servicios de Tecnología**  **Asistencial** |
|  **Servicios de**  **Administración Personal y** **de Hogar**  |  **Servicios de Preparación de**  **Estudiantes** |  **Servicios de Empleo** |
|  **Servicios de Empleo con**  **Apoyo** |  **Servicios de Auto-Empleo** |  **Servicios Negocios**  **Empresariales**  |
|  **No estoy seguro/a** |  |  |

**Información Personal:**

Apellido: Nombre: Inicial de 2º Nombre: \_\_

SSN: Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_ \_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Condado:

Indicaciones para llegar a su hogar: \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: Celular: Teléfono de Trabajo: \_ \_\_\_\_

Sexo: Estado Civil: Idioma: \_\_\_\_ \_\_\_\_\_

¿Está registrado para votar: ¿Es veterano: Email: \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nivel de educación: Última escuela que asistió y la fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está Empleado: ¿Tiempo completo o parcial: Título: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudadano Americano: ¿Si no es ciudadano, cuál es su estatus:

**Información Médica:**

Condición visual: Nombre del Oftalmólogo: \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de la última visita: Discapacidades Secundarias: \_\_\_ \_\_\_\_\_\_

**Información de Servicios:**

Ha recibido servicios de esta agencia anteriormente: ¿Si ha recibido servicios, cuándo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Me gustaría recibir información en:  Letra estándar  Letra grande

  Email o CD  braille

Comentarios Adicionales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cláusula de Divulgación y Firma:**

 Al firmar, entiendo que estoy aplicando para obtener servicios de la División de Servicios para Personas Ciegas y con Discapacidad Visual, y que cualquier elegibilidad será determinada sin prejuicio de raza, color, religión, sexo, país de origen, edad, estado civil o cualquier impedimento físico.

Firma: Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma e Información del Tutor o Representante (si aplica):**

Firma: Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido: Nombre: \_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **DIVISION OF BLIND SERVICES DISTRICT OFFICES** |
| **Division of Blind Services** **District 1 Office** **600 University Office Blvd, Suite 4** **Pensacola, FL 32504** **Tel: 850-484-5122**  | **Division of Blind Services** **District 7 Office** **415 S. Armenia Avenue** **Tampa, FL 33609-3313** **Tel: 813/871-7190 or 1-800-757-7190**  |
| **Division of Blind Services** **(Satellite office of Pensacola)** **2505 West 15th St. Suite B** **Panama City, FL 32401** **Tel: 850/872-4181**  | **Division of Blind Services** **(Satellite office of Tampa)** **402 S. Kentucky Avenue, Room 340** **Lakeland, FL 33801** **Tel: 863/499-2385**  |
| **Division of Blind Services** **District 2 Office** **1320 Executive Center Drive** **Atkins Bldg. 201** **Tallahassee, FL 32399** **Tel: 850/245-0370 or 1-800-672-7038**  | **Division of Blind Services** **District 9 Office** **2830 Winkler Avenue** **P.O. Box 7348** **Ft. Myers, FL 33911-7348** **Tel: 239/278-7130 or 1-800-219-0180**  |
| **Division of Blind Services** **District 3 Office** **1809 Art Museum Drive, Suite 201** **Jacksonville, FL 32207** **Tel: 904/348-2730 or 1-800-226-6356**  | **Division of Blind Services** **(Satellite office of Ft. Myers)** **600 8th Ave Suite 302** **Palmetto, FL 34221** **Tel: 941/751-7670 or 1-800-500-6412**  |
| **Division of Blind Services** **(Satellite office of Jacksonville)** **3620 NW 43rd Street Suite C** **Gainesville, FL 32606** **Tel: 352/955-2075 OR 1-800-443-0908**  | **Division of Blind Services** **District 10 Office** **400 N Congress Avenue,** **Suite 305****West Palm Beach, FL 33401** **Tel: 561/681-2548 or 1-866-225-0794**  |
| **Division of Blind Services** **District 5 Office** **1185 Dunn Avenue** **Daytona Beach, FL 32114** **Tel: 386/254-3800 or 1-800-329-3801**  | **Division of Blind Services** **District 11 Office** **7771 West Oakland Park Blvd.** **Suite # 185** **Sunrise, FL 33351** **Tel: 954-746-1770**  |
| **Division of Blind Services** **(Satellite of Daytona Beach Office)** **1970 Michigan Avenue Bldg. A-2** **Cocoa, FL 32922** **Tel: 321-634-3680 or 1-877-506-2729**  | **Division of Blind Services** **District 12 Office** **401 N.W. 2nd Avenue, Room S-712** **Miami, FL 33128** **Tel: 305/377-5339 or 1-888-529-1830**  |
| **Division of Blind Services** **District 6 Office** **400 W. Robinson Street, Suite S-1026** **Orlando, FL 32801-1784** **Tel: 407/245-0700**  |