|  |  |
| --- | --- |
| DIVISION DE SERVICIOS PARA CIEGOSREFERIDO Y APLICACIÓN PARA SERVICIOS |  DBS Use: VR – ILAP -- CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date Received:  (Date Stamp) |

**Apellido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Inicial\_\_\_\_\_\_\_ Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de Seguro Social\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Departamento de Educación de Florida

División de Servicios Para Ciegos

Póliza de Recopilación de Número de Seguro Social

En cumplimiento de la Sección 119.071(5), Estatutos de la Florida, ésta declaración sirve para notificarle del propósito para la recopilación y uso de su número de seguro social por el Departamento de Educación de Florida, División de servicios Para Ciegos.

Colección de números de seguro social es imprescindible para el desempeño de tareas de la División para maximizar las oportunidades de empleo para las personas que son ciegas; para ayudar a esas personas en búsqueda de empleo; y para aumentar su independencia y autosuficiencia.

**Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono de la casa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otro Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Si aplica, número del apartamento, lote o nombre del parque\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección para llegar a su casa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Correo electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Condado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Código Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Raza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Registrado Para Votar: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Lenguaje Primario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sexo\_\_\_\_\_\_\_ Estado marital\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nivel de Educación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Última escuela que asistió y la fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Es Veterano? Sí \_\_\_ No \_\_\_Referido por\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**En caso de emergencia, Nombre, Dirección y Relación de alguien que no vive con usted:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ciudadano Americano: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si no es ciudadano, país de origen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Está empleado? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si aplica, ¿A tiempo completo o parcial?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Si está empleado, ¿Cuál es el título de su posición? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Condición visual\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del oftalmólogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono del Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Día de la última visita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Ha recibido servicios de esta agencia anteriormente? Si\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Si ha recibido servicios, ¿Cuándo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Al firmar el referido y aplicación, entiendo que estoy aplicando para obtener servicios de la División de Servicios para Ciegos y que cualquier elegibilidad será determinada sin prejuicio de raza, color, religión, sexo, país de origen, edad, estado marital o cualquier impedimento físico.**

**Firma del aplicante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Guardián o Representante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Me gustaría recibir información en el siguiente formato: Letra Grande\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Letra Regular\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cassettes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Braille\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**\_\_\_\_Entrenamiento Para Una Vida Independiente**

**\_\_\_\_Consejería**

**\_\_\_\_Entrenamiento Para Empleo**

**\_\_\_\_Servicios Médicos Para La Vista**

**\_\_\_\_Ayuda Para Encontrar Un Empleo**

**\_\_\_\_Libros Parlantes**

**\_\_\_\_Asistencia Para Mantener Empleo**

**\_\_\_\_Información y Referido**

**\_\_\_\_Otros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OFICINAS DEL DISTRITO DE LA DIVISION DE SERVICIOS PARA CIEGOS**

Division of Blind Services

14 W. Jordan St., Suite 2G

Pensacola, FL 32501

Tel: 850/595-5282

Division of Blind Services

234 Forest Park Circle

Panama City, Florida 32405

 Tel: 850/872-4181

Division of Blind Services

1320 Executive Center Dr., Atkins 201

Tallahassee, FL 32399

Tel: 850/245-0370 or 1-800-672-7038

Division of Blind Services

1809 Art Museum Drive, Suite 201

Jacksonville, FL 32207

Tel: 904/348-2730 or 1-800-226-6356

Division of Blind Services

417 S.W. 8th Street

Gainesville, FL 32601

Tel: 352/955-2075 or 1-800-443-0908

Division of Blind Services

1185 Dunn Avenue

Daytona Beach, FL 32114

Tel: 386/254-3800 or 1-800-329-3801

Division of Blind Services

400 W. Robinson Street, Suite N-102

Orlando, FL 32801-1784

Tel: 407/245-0700 or 1-866-841-0928

Division of Blind Services

415 S. Armenia Avenue

Tampa, FL 33609-3313

Tel: 813/871-7190 or 1-800-757-7190

Division of Blind Services

402 S. Kentucky Avenue, Room 310

Lakeland, FL 33801

Tel: 863/499-2385 or 1-877-728-7738

Division of Blind Services

3637 4th Street North, Suite 310

St. Petersburg, FL 33704

Tel: 727/893-2341 or 1-800-909-9632

Division of Blind Services

5117 26th Street West, Suite A

Bradenton, FL 34207

Tel: 941/751-7670 or 1-800-500-6412

Division of Blind Services

2830 Winkler Ave., Suite 207

Ft. Myers, FL 33916

Tel: 239/278-7130 or 1-800-219-0180

Division of Blind Services

2000 Palm Beach Lakes Blvd., Suite 300

West Palm Beach, FL 33409

Tel: 561/681-2548 or 1-866-225-0794

Division of Blind Services

2200 W. Commercial Blvd., Suite 101

Ft. Lauderdale, FL 33309

Tel: 954/497-3360

Division of Blind Services

401 N.W. 2nd Avenue, Room S-712

Miami, FL 33128

Tel: 305/377-5339 or 1-888-529-1830