

内华达州

就业、培训和康复部 盲人与视障人士服务局

| | | |
|------|-------|-----|
| 姓名: | | |
| 名字 | 首字母缩写 | 姓氏 |
| 住址: | | |
| 城市: | 州: | 邮编: |
| 电话: | | |
| 家庭 | 联系人 | |
| 社保号: | 出生日期: | |

选民登记

已登记

目前未登记

男

女

| | |
|-------|-------|
| 种族: | 婚姻状态: |
| 视力障碍: | |
| 发病日期: | |

内华达州

| | |
|------------------|---|
| 之前是否申请过康复/低视力服务? | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 如果是, 在哪里? | 何时? |
| 您是怎样转介至 BSBVI 的? | |
| BSBVI 对您有何帮助? | |
| 您现在开车吗? | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 您目前依赖的交通工具: | |

| 紧急联系人: | |
|--------|----|
| 姓名: | |
| | 关系 |
| 住址: | |
| 电话: | |

| 家庭成员 | | | |
|------|----|----|----|
| 姓名 | 年龄 | 关系 | 职业 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

内华达州

| | | | |
|--------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 教育： | | | |
| 最高学历： | | | |
| | | | |
| | | | |
| 过往职业： | | | |
| | | | |
| | | | |
| 离职原因： | | | |
| | | | |
| 您是否有兴趣工作？ | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | |
| 您是否为退伍老兵？ | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | |
| 您是否办理私人保险？ | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | |
| 保险名称： | | | |
| 您是否办理 MEDICARE 保险？ | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | |
| | <input type="checkbox"/> A 部分 | <input type="checkbox"/> B 部分 | <input type="checkbox"/> 二者都有 |
| 您是否办理 MEDICAID 保险？ | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | |

| |
|-----------|
| 注： |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

内华达州

申请书附件 机密个人信息

- 本人明白，服务局需要收集与独居老年盲人 (OIB) 计划相关的个人信息。
- 本人明白，此种信息将在最大可行范围内向本人收集。
- 本人提供的所有信息将予以保密，且仅用于 OIB 计划相关事项。
- 本人明白，本人可以书面请求获取所有信息，除非服务局认为此种信息可合理预计会造成严重的身体或精神伤害。
 - 此时，服务局将向授权代表披露此种信息。
- 本人明白，此种信息不会再披露给其他任何人或实体，
 - 除非提交了一份正确签署的附有条件并注明日期的信息披露表，或
 - 由 OIB 计划按照“保密政策”（《BVR/BSBVI 政策和程序手册》第 130.1 条）规定进行直接管理。
 - 联邦康复服务管理局保存的记录未识别出本人的身份 (RSA-PD-91-12)。

授权前声明

- 本人明白，盲人与视障人士服务局不会向本人咨询师未书面授权的任何服务付费。
- 如果本人咨询师批准一项医学检查，这并不意味着批准本人的治疗或手术。
- 医生、医院、商家或其他供应商事先未获得咨询师的批准时，本人了解必须自行向任何商品或服务付费。

内华达州

客户财务参与

- 本人明白，本人需要提供财务信息，在需要案件服务费用开支的 OIB 计划中确定本人承担的费用份额时，会考虑本人的经济需求。
- 本人无需分担以下费用：评估康复潜力的诊断服务费用、咨询费用、指导和转介服务费用或安置服务费用。

客户援助计划 (CAP)

- CAP 计划会就服务局提供的计划和服务，向本人提供相关信息和协助。
- CAP 可详细说明可用服务，调查您可能存在的疑虑并帮助您解决。
- 您可以联系距离最近的 CAP 办事处。

南内华达办事处

2820 W Charleston Blvd, Ste 11
Las Vegas, NV 89102
电话：702-257-5120
免费电话：1-888-349-3843
内华达州中继服务号码：711

lasvegas@ndalc.org

北内华达办事处

1875 Plumas St., Ste 1
Reno, NV 89509
电话：775-333-7878
免费电话：1-800-992-5715
内华达州中继服务号码：711

reno@ndalc.org

Elko 办事处

905 Railroad St, Ste 104B
Elko, NV 89801
电话：775-777-1590
免费电话：1-800-992-5715
内华达州中继服务号码：
711

elko@ndalc.org

异议复核： 有关提供或拒绝服务

- 如果不同意 OIB 计划咨询师做出的提供或拒绝服务决定，您有权要求对此决定进行复核。
- 首先，您应告知咨询师或其主管您的疑虑。
- 接着，您可以联系客户援助计划 (CAP) 帮您进行复核。
- 您有权要求正式复核您对提供或拒绝服务决定的异议。

内华达州

- 复核将由公正的听证官进行。
 - 您必须提交书面听证申请。
 - 您必须在申请中表明您不满的行动。
 - 您必须向康复科主管发送书面申请，地址为 1370 South Curry Street, Carson City, Nevada 89703。
 - 安排的听证会将在申请的 60 天内举行。
-

- 本人已得知个人信息的保护、使用和披露。
- 本人已得知客户援助计划。

本人已得知，本人有机会对康复咨询师做出的提供或拒绝服务决定进行复核。

签字

日期

申请人需要协助申请时签字：

签字

日期

内华达州

就业、培训和康复部
盲人与视障人士服务局

健康调查

请尽可能完整地填写本健康调查。本调查可以使您的咨询师得以粗略了解您当前的健康和医学背景。如果需要更多空间，或想要进行备注，请在本表底部进行填写。

日期：

姓名：

视力

描述一下您的视力：

您在什么时候最先出现视力减退的问题？

视力减退对您的居家活动构成了怎样的限制？

内华达州

| |
|--|
| 您的眼科医生叫什么？ |
| |
| 您对视力减退接受过什么样的治疗？ |
| |
| |
| |
| 您最后一次去看眼科医生是在哪一天？ |
| 告诉我您的远视能力： |
| |
| 告诉我您的阅读视力： |
| |
| |
| 您使用什么特殊的设备吗？（例如：放大镜、闭路电视、写作指南、语音计算器、粗线纸张、电子记事本、大按钮电话和手表？）： |
| |
| |
| |
| 您能否看到颜色？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 如果是，您最容易看到哪种颜色？ |
| |

内华达州

医疗史

您是否有以下任何疾病？

- 听力疾病 高血压 癌症
 精神健康*

*包括学习、思考、处理信息和集中注意力。心理、人际关系和行为、应对压力或老年痴呆症等。

- 心脏和循环系统疾病
 糖尿病 终末期肾病
 肌骨骼病*

*关节炎、风湿病、截肢、骨折/受伤，导致肢体功能永久性丧失/受损。

- 神经功能缺损/障碍，原因如下：中风、糖尿病、神经病变、帕金森病、癫痫、多发性硬化症等。
 呼吸或肺部疾病 其他

意见：

签字

日期

申请人需要协助申请时签字：

签字

日期