

네바다주

고용, 직업 훈련 및 재활부
시각장애인 복지국

신청 대상: 고령 시각장애인 지원 프로그램		
이름:		
이름	이니셜	성
주소:		
도시:	주:	우편번호:
전화:		
주택	연락처	
사회보장번호(소셜시큐리티 넘버): 생년월일:		

유권자등록

☐ 등록됨

☐ 현재 등록되지 않음

☐ 남성

☐ 여성

인종:	결혼 여부:
시력 문제:	
발병일:	

네바다주

이전에 재활/저시력 서비스 신청을 하신 적이 있습니까?

☐

예

☐

아니오

“예”라고 답한 경우, 어디에서?

언제?

어떻게 BSBVI(시각장애인 및 저시력인 지원국)에 추천되셨습니까?

BSBVI(시각장애인 및 저시력인 지원국)가 어떻게 도와드릴 수 있습니까?

현재 운전을 하시나요?

☐

예

☐

아니오

현재 의존하는 교통수단:

비상 시 연락할 사람:

이름:

관계

주소:

전화:

가구 구성원

이름

나이

관계

직업

네바다주

학력:		
최고 학력:		
과거 직업(들):		
퇴직 이유:		
취업에 관심이 있으신가요?	☐ 예	☐ 아니오
참전 용사이십니까?	☐ 예	☐ 아니오
개인 보험에 가입되어 있으십니까?	☐ 예	☐ 아니오
보험사 이름:		
메디케어 보험에 가입되어 있으십니까?	☐ 예	☐ 아니오
	☐ 파트 A	☐ 파트 B ☐ 둘다
메디케이드 보장을 받고 계십니까?	☐ 예	☐ 아니오
참고사항:		

네바다주

신청서 첨부 개인 정보 (기밀)

- 저는 시각 장애인 고령자 자립(OIB) 프로그램과 관련하여 국에서 개인 정보를 수집하는 것이 필요하다는 것을 이해합니다.
- 저는 이러한 정보가 가능한 한 최대한 제게서 수집될 것임을 이해합니다.
- 제가 제공한 모든 정보는 기밀로 유지되며, (OIB) 프로그램과 관련된 용도로만 사용될 것입니다.
- 저는 모든 정보가 서면 요청 시 제공될 수 있음을 이해합니다. 다만, 해당 정보가 심각한 신체적 또는 정서적 피해를 초래할 수 있다고 기관이 합리적으로 판단하는 경우를 제외합니다.
 - 이 경우, 기관은 해당 정보를 승인된 대리인에게 제공할 것입니다.
- 저는 다음과 같은 경우를 제외하고 정보가 다른 개인이나 단체에 재공개되지 않을 것이라는 것을 이해합니다.
 - 적절하게 서명되고 조건 및 날짜가 명시된 정보 공개 동의서가 제시될 시 또는
 - 기밀 유지 정책(BVR/BSBVI 정책 및 절차 매뉴얼 130.1 항)에 정의된 OIB 프로그램의 직접적인 관리 시
 - 연방 재활 서비스국(Rehabilitation Services Administration)에서 관리하는 기록은 나를 식별하지 않습니다(RSA-PD-91-12).

사전 승인 진술서

- 저는 시각장애인 및 저시력인 지원국(Bureau of Services to the Blind & Visually Impaired)이 제 상담원이 서면으로 승인하지 않은 서비스에 대해 비용을 지불하지 않음을 이해합니다.
- 제 상담사가 의료 검사를 승인하더라도, 이는 내 치료나 수술에 대한 승인이 아닙니다.

네바다주

- 의사, 병원, 판매업체 또는 기타 공급업체가 제 상담사로부터 사전 승인을 받지 않은 경우, 저는 해당 상품 또는 서비스에 대한 비용을 스스로 지불해야 한다는 것을 이해합니다.

네바다주

고객 재정 참여

- 저는 사례 서비스 비용 지출이 필요한 시각 장애인 고령자 자립(OIB) 프로그램 서비스 비용 분담액을 결정하는 데 저의 재정 정보 제공 요청을 받고 저의 재정적 필요가 고려될 것이라는 것을 이해합니다.
- 저는 저의 재할 잠재력 평가를 위한 진단 서비스, 상담, 지도 및 의뢰 서비스, 또는 취업 지원 서비스 비용에 참여할 필요가 없을 것입니다.

고객 지원 프로그램(CAP)

- 고객 지원 프로그램(CAP)은 국에서 제공하는 프로그램 및 서비스에 관한 정보와 지원을 제공할 수 있습니다.
- CAP 은 이용 가능한 서비스를 설명하고, 귀하가 가질 수 있는 우려 사항을 조사하며, 그러한 우려 사항을 해결하도록 지원할 수 있습니다.
- 귀하의 위치에서 가장 가까운 CAP 사무실에 연락하실 수 있습니다:

이전 검토: 서비스 제공 또는 거부 관련

남부 사무소

2820 W Charleston Blvd, Ste 11
Las Vegas, NV 89102
전화: 702-257-5120
수신자 부담: 1-888-349-3843
Nevada Relay: 711
lasvegas@ndalc.org

북부 사무소

1875 Plumas St., Ste 1
Reno, NV 89509
전화: 775-333-7878
수신자 부담: 1-800-992-5715
Nevada Relay: 711
reno@ndalc.org

엘코 오피스

905 Railroad St, Ste 104B
Elko, NV 89801
전화: 775-777-1590
수신자 부담: 1-800-992-5715
Nevada Relay: 711
elko@ndalc.org

- 귀하가 서비스 제공 또는 거부에 관한 시각 장애인 고령자 자립(OIB)

네바다주

프로그램 상담사의 결정에 동의하지 않는 경우, 해당 결정을 검토받을 권리가 있습니다.

- 우선, 귀하는 귀하의 우려 사항에 대해 담당 상담사 또는 상담사의 직속 상사와 이야기해야 합니다.
- 다음으로, 검토 과정을 지원받기 위해 고객 지원 프로그램(CAP)에 연락할 수 있습니다.
- 귀하는 서비스 제공 또는 거부에 관한 결정에 대한 불만을 공식적으로 검토해 줄 것을 요청할 권리가 있습니다.

네바다주

- 해당 검토는 공정한 심리 담당관에 의해 진행될 것입니다.
 - 귀하는 서면으로 심리를 요청해야 합니다.
 - 귀하의 요청서에는 불만족스러운 조치(들)을 명시해야 합니다.
 - 귀하의 서면 요청서는 재활 부서장(Chief of the Rehabilitation Division), 주소: 1370 South Curry Street, Carson City, Nevada 89703 으로 보내셔야 합니다.
 - 예정된 심리는 귀하의 요청일로부터 60 일 이내에 개최될 것입니다.
-

- 저는 개인 정보의 보호, 사용 및 공개에 대해 안내받았습니다.
- 저는 고객 지원 프로그램(Client Assistance Program)에 대해 안내받았습니다.

저는 재활 상담사가 서비스 제공 또는 거부에 대해 내린 결정에 대해 검토를 요청할 수 있는 기회가 있음을 안내받았습니다.

서명

날짜

신청서 작성에 도움이 필요했던 경우 서명:

서명

날짜

네바다주

고용, 직업 훈련 및 재활부
시각장애인 복지국

건강 설문조사

이 건강 설문조사를 가능한 한 완전하게 작성해 주십시오. 이 설문조사는 귀하의 상담원이 현재 건강 상태와 의학적 배경에 대한 개요를 파악하는 데 도움이 됩니다. 추가 공간이 필요하거나 덧붙일 말씀이 있으시면, 이 양식의 하단을 사용해 주십시오.

날짜:

이름:

시력

귀하의 시력을 설명해 주십시오:

위의 시력 손실을 처음 경험한 시기는 언제인가요?

시력 손실이 귀하가 가정 내에서 할 수 있는 활동에 어떻게 제한을 두고 있나요?

네바다주

귀하의 안과 의사의 이름은 무엇입니까?
귀하의 시력 손실에 대해 어떤 치료를 받으셨습니까?
귀하의 마지막 안과 의사 방문 날짜는 언제였습니까?
귀하의 원거리 시력에 대해 말씀해 주십시오.
귀하의 독서 시력에 대해 말씀해 주십시오:
특수 장비를 사용하십니까? (예: 확대경, CCTV, 글쓰기 가이드, 음성 계산기, 굵은 줄이 있는 종이, 전자 필기 도구, 큰 버튼이 있는 전화기와 시계 등)
색깔을 볼 수 있으십니까? ☐ 예 ☐ 아니요
그렇다면 어떤 색이 가장 잘 보이십니까?

**네바다주
의료 기록**

다음 중 해당되는 질환이 있으십니까?

- ☐ 청력 ☐ 고혈압 ☐ 암
☐ 정신 건강 문제*

*여기에는 학습, 사고, 정보 처리 및 집중력 문제가 포함됩니다. 또한 심리사회적, 대인 관계 및 행동 문제, 대처 능력, 스트레스, 알츠하이머병 등도 해당됩니다.

- ☐ 심장 및 순환기계 질환
☐ 당뇨병 ☐ 말기 신장 질환
☐ 근골격계 질환*

*관절염, 류머티즘, 절단, 골절/부상으로 인해 팔다리 기능의 영구적인 상실/손상이 발생한 경우.

- ☐ 뇌신경 장애/장애: 뇌졸중, 당뇨병성 신경병증, 파킨슨병, 발작 장애, 다발성 경화증 등으로 인한 장애.
☐ 호흡기 또는 폐 질환 ☐ 기타

의견:

서명

날짜

신청서 작성에 도움이 필요했던 경우 서명:

서명

날짜