

# 內華達州

## 就業訓練及康復署 失明及視障人士服務局

|     |       |       |
|-----|-------|-------|
|     |       |       |
| 姓名： |       |       |
| 名字  | 首字母縮寫 | 姓氏    |
| 地址： |       |       |
| 城市： | 狀態：   | 郵政編碼： |
|     |       |       |
| 電話： |       |       |
| 住宅  | 聯絡我們  |       |
| 姓名： | 年齡：   |       |

### 選民登記

☐ 已登記

☐ 目前尚未登記

☐ 男

☐ 女

|       |       |
|-------|-------|
| 種族：   | 婚姻狀況： |
| 視力問題： |       |
|       |       |
|       |       |
| 發生日期： |       |

## 內華達州

您以前是否申請康復/低視服務？ ☐

☐是 ☐否

如果是，在哪裡？

什麼時候？

您是怎麼轉介到 BSBVI 的？

BSBVI 如何幫助您？

您現在開車嗎？

☐是 ☐否

您目前依賴的交通：

### 緊急情況應聯絡誰：

姓名：

關係

地址：

電話：

### 家庭成員

姓名

年齡

關係

職業

## 內華達州

教育：

最高教育水準：

過去職業：

離職原因：

您想工作嗎？

☐是

☐否

您是退伍軍人嗎？

☐是

☐否

您有私人保險嗎？

☐是

☐否

保險姓名：

您有醫療保險嗎？

☐是

☐否

☐A 部分

☐B 部分

☐兩者皆有皆有

您有醫療補助保障嗎？

☐是

☐否

注：

### 申請附件 個人機密資料

- 我明白局需要收集與長者獨立盲人士（OIB）計劃有關的個人資料。
- 我明白這些資訊將在可行的最大程度上從我那裡收集。
- 我提供的所有資訊將保密，並僅在（OIB）計劃中使用。
- 本人明白，在書面要求時，我可以獲得所有資料，除非該局認為該等資料可合理預期造成嚴重身體或情緒傷害的情況外。
  - 在此情況下，該局應將該等資料公開給授權代表。
- 本人明白，資料不會被重新披露給任何其他人或實體，除非
  - 出示正確簽名的資料發放表格（有條件和日期）時，或
  - 在保密政策（職業康復局/BSBVI 政策和程式手冊第 130.1 節）中定義的（OIB）計劃的直接管理。
  - 由聯邦康復服務管理局維護的記錄無法識別我的身份（RS- PD-91-12）。

### 事先授權聲明

- 我明白盲人及視障人士服務局不會為我的諮詢師未書面授權的任何服務付款。
- 如果我的諮詢師批准了醫療檢查，也不是對我的治療或手術的批准。
- 如果醫生，醫院，其他供應商的商戶沒有獲得我的諮詢師的事先批准，我明白我將不得不自己支付任何商品或服務的費用。

### 客戶財務參與

- 我明白，我將被要求提供財務資料，並在決定我參與 (OIB) 計劃服務費用的費用時，我會考慮我的財務需求，這些服務需要支付個案服務費用。
- 我不需要參與診斷服務的費用，以評估我的康復潛力、諮詢、指導和轉介服務或安置服務。

### 客戶協助計劃 (CAP)

- CAP 可為您提供有關局提供的計劃和服務的資訊和幫助。
- CAP 可以解釋可用的服務，調查您可能有任何疑慮，並幫助您解決您的疑慮。
- 您可以聯絡最靠近您所在地的 CAP 辦事處：

#### **南部辦事處**

2820 W Charleston Blvd, Ste 11  
Las Vegas, NV 89102  
電話：702-257-5120  
免費電話：1-888-349-3843  
Nevada Relay: 711  
[lasvegas@ndalc.org](mailto:lasvegas@ndalc.org)

#### **北部辦事處**

1875 Plumas St., Ste 1  
Reno, NV 89509  
電話：775-333-7878  
免費電話：1-800-992-5715  
Nevada Relay: 711  
[reno@ndalc.org](mailto:reno@ndalc.org)

#### **Elko 辦公室**

905 Railroad St, Ste 104B  
Elko, NV 89801  
電話：775-777-1590  
免費電話：1-800-992-5715  
Nevada Relay: 711  
[elko@ndalc.org](mailto:elko@ndalc.org)

### 討論異議： 關於提供或拒絕服務

- 如果您不同意您的 (OIB) 計劃諮詢師就提供或拒絕服務的決定不同意，則您有權檢討該決定。
- 首先，您應該與您的諮詢師或諮詢師的主管討論您的疑慮。
- 接下來，您可以聯絡客戶協助計劃 (CAP) 以協助您進行審查過程。
- 您有權要求正式審查您對提供服務或拒絕服務決定的不滿投訴。

## 內華達州

- 審查將由公正的聆訊官員進行。
    - 您必須以書面要求進行聽證會。
    - 您必須在請求中說明您不滿意的行動。
    - 您必須將您的書面要求發送給您必須將您的書面要求發送給  
Chief of the Rehabilitation Division, 1370 South Curry Street,  
Carson City, Nevada 89703。
  - 任何預定的聽證會將在您要求後的 60 天內舉行。
- 

- 有人告知了我關於保護，使用和發佈個人資訊的情況。
- 我已經獲得了客戶幫助計劃的通知。  
我被告知有機會檢討我的康復諮詢師就提供或拒絕服務所做出的決定。

---

簽名

日期

如申請人需要申請協助，簽名：

---

簽名

日期

# 內華達州

## 就業訓練及康復署 失明及視障人士服務局

### 健康調查

請盡可能完整完成此健康調查。此調查將為您的諮詢師提供您當前的健康和醫療背景的概述。如果您需要更多空間，或想備註，請使用此表格的底部。

日期： 姓名：

### 視力

描述您的視力：

您什麼時候第一次遇到這種視力損失？

您的視力損失如何限制您在家中可以做的事情？

## 內華達州

您的眼科醫生叫什麼名字？

您對視力損失接受了什麼治療？

您上次去看眼科醫生的日期是什麼？

告訴我您的距離目視：

告訴我您的閱讀視力：

您使用任何特殊設備嗎？（例子：放大鏡，閉路電視，書寫指南，會說話計算器，粗線紙，電子筆記，大按鈕電話和手錶？）：

您能看到顏色嗎？

☐是

☐否

如果是，您看的最清楚的顏色是哪種？

## 內華達州

### 病史

您是否有以下任何條件？

☐聽力癌 ☐高血壓 ☐癌症 ☐精神健康 \*\*

\* 包括學習，思考，處理資訊和專注力。心理社會、人際關係和行為、應對、壓力或阿爾茨海默症等

☐心臟及循環系統 ☐疾病糖尿病 ☐末期腎臟疾病 ☐肌骨骼\*

\* 關節炎，風濕病，截肢，骨折/受傷，導致肢體功能永久損失/損傷。

☐神經系統疾病：中風、糖尿病神經病、帕金森氏病、動作性疾病、多發性神經病等

☐引起的疾病/疾病呼吸或肺部疾病 ☐其它

評論：

---

簽名

日期

如申請人需要申請協助，簽名：

---

簽名

日期