

CS-001 Solicitud de Servicios

Revisado 03/13/2024



DIVISION OF BLIND SERVICES

Florida Department of Education | dbs.fldoe.org

Departamento de Educación División de Servicios para Personas Ciegas 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 ciegas 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 necesarios para completar el proceso de aplicación para servicios.

Los asteriscos (*) indican un campo requerido.

Estoy interesado en solicitar los siguientes servicios

Programas (Por favor, seleccione solo uno):

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

Servicios Específicos (opcional):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Orientación y Movilidad | <input type="checkbox"/> Instrucción de Braille y Comunicación |
| <input type="checkbox"/> Tecnología Asistencial | <input type="checkbox"/> Administración Personal y de Hogar |
| <input type="checkbox"/> Preparación para Estudiantes | <input type="checkbox"/> Empleo |
| <input type="checkbox"/> Empleo con Apoyo | <input type="checkbox"/> Auto-Empleo |
| <input type="checkbox"/> Negocios Empresariales | <input type="checkbox"/> No Estoy Seguro |

Información Básica

Apellido *		Nombre *		Inicial	
Número de Seguro Social		Fecha de Nacimiento *			
Dirección *			Apartamento	Condado *	
Ciudad *			Estado *	Código Postal *	
Correo Electrónico					
Teléfono de Casa		Teléfono Celular		Teléfono de Trabajo	
Indicaciones para llegar a su hogar					

Información Personal

Raza:	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Caucásico o Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino
	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> No Disponible
	<input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o Isleño del Pacífico		
Género *:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> No Disponible
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado
Su Idioma Principal:	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas Americano
¿Está Registrado para Votar? *	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es Veterano?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nivel más Alto de Educación:	<input type="checkbox"/> Escuela Secundaria	<input type="checkbox"/> Bachillerato	<input type="checkbox"/> Doctorado
	<input type="checkbox"/> Grado de Asociado	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Otro
Última Escuela que Asistió:			Fecha:
¿Está Empleado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de Trabajo:	<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Parcial
¿Título de su Trabajo?			
¿Es Ciudadano Americano? *	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no, ¿cuál es su estado?	

Información Médica

Condición Visual:	
Nombre del Oftalmólogo:	Fecha de la Última Visita:
Discapacidades Secundarias:	
¿Discapacidad Visual en Ambos Ojos? * <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Información de Servicios

¿Alguna vez ha recibido servicios de esta agencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Si ha recibido servicios, cuándo?
Me gustaría recibir información en: <input type="checkbox"/> Letra Estándar <input type="checkbox"/> Letra Grande <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> E-Mail o CD
Comentarios Adicionales:

Cláusula de Divulgación y Firma

Al firmar, entiendo que estoy solicitando los 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, género, país de origen, edad, estado civil o cualquier impedimento discapacidad.

Firma del Solicitante		Fecha
Apellido del Padre o Guardián	Nombre del Padre o Guardián	Número de Teléfono
Firma del Padre o Guardián	Fecha	Relación con el Solicitante
Nombre del Proveedor	Iniciales	Fecha

Direcciones de Oficinas y Números Telefónicos

District 1 – Pensacola

Division of Blind Services
600 University Office Blvd., Bldg 17
Pensacola, FL 32504
Phone: 1 (850) 484-5122

District 2 – Tallahassee

Division of Blind Services
3900 Commonwealth Boulevard
Suite 351, Douglas Building
Tallahassee, FL 32399
Phone: (850) 245-0370 or
Toll Free: 1 (800) 672-7038

District 3a – Gainesville

Division of Blind Services
3620 NW 43rd Street Suite C
Gainesville, FL 32606-8100
Phone: 1 (352) 955-2075 or
Toll Free: 1 (800) 443-0908

District 5a – Cocoa

Division of Blind Services
1970 Michigan Avenue, Building A-2
Cocoa, FL 32922
Phone: 1 (321) 634-3680 or
Toll Free: 1 (877) 506-2729

District 7 – Tampa

Division of Blind Services
415 South Armenia Avenue
Tampa, FL 33609
Phone: 1 (813) 871-7190 or
Toll Free: 1 (800) 757-7190

District 9 – Fort Myers

Division of Blind Services
5256 Summerlin Commons Way, Suite 201
Ft. Myers, FL 33907
Phone: 1 (239) 278-7130 or
Toll Free: 1 (800) 219-0180

District 10 – West Palm Beach

Division of Blind Services
400 N Congress Avenue, Suite 305
West Palm Beach, FL 33401
Phone: 1 (561) 681-2548 or
Toll Free: 1 (866) 225-0794

District 12 – Miami

Division of Blind Services
401 N.W. 2nd Ave., Suite S-712
Miami, FL 33128
Phone: 1 (305) 377-5339 or
Toll Free: 1 (888) 529-1830

District 1a – Panama City

Division of Blind Services
2505 W. 15th Street, Suite B
Panama City, FL 32401
Phone: 1 (850) 872-4181

District 3 – Jacksonville

Division of Blind Services
1809 Art Museum Dr. Suite 201
Jacksonville, FL 32207
Phone: (904) 348-2730 or
Toll Free: 1 (800) 226-6356

District 5 – Daytona Beach

Division of Blind Services
1185 Dunn Avenue
Daytona Beach, FL 32114
Phone: 1 (386) 254-3800 or
Toll Free: 1 (800) 329-3801

District 6 – Orlando

Division of Blind Services
400 W. Robinson St., Suite S1026
Orlando, FL 32801-1784
Phone: 1 (407) 245-0700 or
Toll Free: 1 (866) 841-0928

District 7a – Lakeland

Division of Blind Services
402 S. Kentucky Ave. Suite 340
Lakeland, FL 33801
Phone: 1 (863) 499-2385 or
Toll Free: 1 (877) 728-7738

District 9a – Palmetto

Division of Blind Services
600 8th Avenue, W., Suite 401
Palmetto, FL 34221
Phone: 1 (941) 721-2914 or
Toll Free: 1 (800) 500-6412

District 11 – Sunrise

Division of Blind Services
7771 W. Oakland Park Blvd. Suite 185
Sunrise, Florida 33351
Phone: 1 (954) 746-1770