

# 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

<b>Raza:</b>	<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		
<b>Género *:</b>	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> No Disponible
<b>Estado Civil:</b>	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado
<b>Su Idioma Principal:</b>	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas Americano
<b>¿Está Registrado para Votar? *</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>¿Es Veterano?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Nivel más Alto de Educación:</b>	<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
<b>Última Escuela que Asistió:</b>			<b>Fecha:</b>
<b>¿Está Empleado?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Tipo de Trabajo:</b>	<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Parcial
<b>¿Título de su Trabajo?</b>			
<b>¿Es Ciudadano Americano? *</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Si no, ¿cuál es su estado?</b>	

## 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