

CS-001 Solicitud de servicios (versión en español)

Revisado 02/09/2026



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 necesitados para completar el proceso de aplicación para servicios.

Estoy interesado en solicitar el siguiente servicio (seleccione solo uno):

- Servicios para infantes ciegos (0 a 5 años)
- Servicios para niños ciegos (5 a 13 años)
- Vida independiente (18 años o más: adultos y mayores con discapacidad visual)
- Rehabilitación vocacional (14 años o más)

Servicios específicos (marque todos los que le interesen):

- Orientación y movilidad
- Instrucción de Braille y servicios de comunicación
- Servicios de tecnología asistencial
- Servicios de administración personal y de hogar
- Servicios de preparación para estudiantes
- Servicios de empleo
- Servicios de empleo con apoyo
- Servicios para trabajadores autónomos
- Servicios de negocios empresariales
- Servicios de transición (preparación para el empleo, 14 a 21 años)
- No Estoy Seguro

Información personal del solicitante

Apellido:	Nombre:	Inicial:	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No disponible	Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	
Dirección, ciudad, estado, código postal:		Condado:	
Indicaciones para llegar a su hogar:			
Teléfono de casa:	Teléfono celular:	Teléfono de trabajo:	
Correo electrónico:	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado	Su idioma principal:	
Ciudadano Americano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no, ¿cuál es su estado?	Veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Registrado para votar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza (marque todas las opciones que correspondan):			
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico o blanco		<input type="checkbox"/> Hispano o latino (seleccione otro también) <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> No disponible	
Nivel más alto de educación:		Última escuela que asistió y 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:	

Información médica			
Condición visual:	¿Discapacidad visual en ambos ojos?		
Nombre del Oftalmólogo:	Fecha de la última visita:		
Discapacidades Secundarias:			
Información de servicios			
¿Ha recibido usted servicios de esta agencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuándo?			
Me gustaría recibir información en el siguiente formato: <input type="checkbox"/> Letra estándar <input type="checkbox"/> Letra grande <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Braille			
Comentarios adicionales:			
Cláusula de divulgación y firma			
<input type="checkbox"/> 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:		
Firma e información del padre o guardián (si corresponde)			
Firma del padre o guardián:	Fecha:		
Apellido:	Nombre:	Número de teléfono:	Relación:
Otra firma (si corresponde)			
Firma de afiliación / empresa:	Remitente:	Fecha:	

Direcciones y números de teléfono de oficinas

Cocoa

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

Daytona Beach

*Division of Blind Services
1185 Dunn Avenue
Daytona Beach, Florida 32114
Main Number: (386) 254-3800
Toll Free: (800) 329-3801*

Fort Myers

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

Gainesville

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

Jacksonville

*Division of Blind Services
1809 Art Museum Drive, Suite 201
Jacksonville, FL 32207
Main Number: (904) 348-2730
Toll Free: (800) 226-6356*

Lakeland

*Division of Blind Services
402 S. Kentucky Avenue, Suite 340
Lakeland, FL 33801
Main Number: (863) 499-2385
Toll Free: (877) 728-7738*

Miami

*Division of Blind Services
401 N.W. 2nd Avenue, Room S-712
Miami, FL 33128
Main Number: (305) 377-5339
Toll Free: (888) 529-1830*

Orlando

*Division of Blind Services
400 W. Robinson Street, S1026
Orlando, FL 32801-1784
Main Number: (407) 245-0700
Toll Free: (866) 841-0928*

Palmetto

*Division of Blind Services
600 8th Avenue, W., Suite 401
Palmetto, FL 34221
Main Number: 941-721-2914
Toll Free: 800-500-6412*

Panama City

*Division of Blind Services
2505 W. 15th Street, Suite B
Panama City, FL 32401
Main Number: (850) 872-4181
Fax: 850-747-5399*

Pensacola

*Division of Blind Services
600 University Office Blvd., Bldg 17
Pensacola, FL 32504
Main Number: (850) 484-5122
Fax: (850) 484-5129*

Sunrise

*Division of Blind Services
7771 W. Oakland Park Blvd. Suite 185
Sunrise, Florida 33351
Main Number: (954) 746-1770
Fax/DSL Line: (954) 746-1777*

Tallahassee

*Division of Blind Services
3900 Commonwealth Blvd.
Douglas Bldg. Suite 351
Tallahassee, FL 32399
Main Number: (850) 245-0370
Toll Free: (800) 672-7038*

Tampa

*Division of Blind Services
1313 North Tampa Street Suite 106
Tampa, FL 33602
Toll Free: (800) 757-7190
Fax: (813) 871-7161*

West Palm Beach

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

Statewide Office (Tallahassee)

*Division of Blind Services
325 West Gaines Street
Turlington Building, Suite 1114
Tallahassee, FL 32399-0400
Main Number: (850) 245-0300
Toll Free: (800) 342-1828*