

Prevent Blindness Texas provee servicios de cuidado de la vista para aquellos clientes que califican. Para calificar, hay ciertos criterios de elegibilidad que deben cumplirse. Las siguientes preguntas determinarán si usted califica. Por favor, responda a todas las preguntas y devuelva la solicitud a la información de contacto que se indica abajo. Por favor escriba en letra de molde legible o a máquina. Las solicitudes incompletas no serán procesadas. Por favor permita 3 a 6 semanas para procesar su solicitud.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN GENERAL DEL CLIENTE (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA)

Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año): _____ / _____ / _____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección del Domicilio: _____ No. de Apto./Lote: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Etnicidad: Afroamericano Asiático Caucásico Hispano/Latino Nativo Americano Otro: _____

Número Total de Personas en el Hogar (Adultos y Niños): _____ Ingreso Anual del Hogar: \$ _____

NO CONSIENTO SI CONSIENTO para recibir comunicaciones electrónicas por: Texto Correo Electrónico Ambos

¿Como se enteró de nosotros? Prueba de la Vista Sitio Web de PBT 211 Texas Evento Comunitario Otro: _____

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE LA AGENCIA DE REFERENCIA (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA)

Nombre de la Agencia: _____ Defensor de la Agencia: _____

Dirección Postal de la Agencia (Calle, Ciudad, Código Postal): _____

Teléfono del Defensor: _____ Correo Electrónico del Defensor: _____

Dirección de Envío Preferida (si el cliente es elegible para recibir servicios): Cliente Agencia de Referencia

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL CLIENTE

1. ¿Ha recibido una prueba de la vista de Prevent Blindness Texas? Sí No
2. ¿Tiene una receta actual para un examen de la vista (menos de 1 año) para anteojos? Sí No
Si marco SÍ, por favor incluya una copia de su receta actual de su examen de la vista.
3. ¿Qué tipo de cobertura de seguro tiene? (marque todo lo que corresponda)
 Sin Seguro Medicaid Medicare Condado/Cuidad Privado Beneficios para Veteranos Otro: _____
 - a. Si está asegurado, ¿su seguro actual cubre EXÁMENES DE LA VISTA? Sí No
 - a. Si está asegurado, ¿su seguro actual cubre ANTEOJOS? Sí No
4. ¿Ha recibido asistencia de Prevent Blindness Texas anteriormente? Sí No

SECCIÓN 4: ACUERDO DEL CLIENTE (POR FAVOR LEA Y FIRME ABAJO)

Toda la información en esta solicitud se mantiene en la más estricta confidencialidad por Prevent Blindness Texas (PBT), Prevent Blindness y las agencias asociadas con nuestros programas. Autorizo a PBT a divulgar mi información personal indicada arriba, y la información de salud, relacionada con los resultados del cuidado ocular posterior, que se compartirá con Prevent Blindness, PBT y programas de referencia de terceros para fines relacionados con el seguimiento y el análisis estadístico. Al firmar abajo, certifico que la información indicada arriba es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

Por favor nota si su usted es elegible, este programa se limitará a las siguientes restricciones:

- Un certificado por persona en un período de 12 meses.
- El certificado debe ser redimido en los socios participantes designados por Prevent Blindness Texas.
- El recipiente selecciona de un surtido especial de marcos. La disponibilidad puede variar.
- El programa incluye visión simple o bifocales con línea. Bifocales sin línea y/o servicios de tintura no están disponibles.
- Plan de Protección de Rotura no es aplicable. Debido a la naturaleza caritativa de este programa, no hay garantía para los anteojos si se pierden, se los roban o se rompen.
- Bajo ninguna circunstancia se permitirán actualizaciones en armazones y/o lentes, o se anulará el certificado.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ **FECHA:** _____

POR FAVOR ENVÍE LA SOLICITUD POR CORREO O FAX: 2180 North Loop West, Suite 435, Houston, TX 77018 O 713-529-8310

FOR PREVENT BLINDNESS TEXAS OFFICE USE ONLY		
Participant ID:	Voucher Referral Program: <input type="checkbox"/> UH <input type="checkbox"/> HE <input type="checkbox"/> VSP <input type="checkbox"/> VSPGL <input type="checkbox"/> TF <input type="checkbox"/> Other	
Date App Received:	Date Voucher Distributed:	Distributed By (Initials):