

Prevent Blindness Texas provee servicios de cuidado de la vista para los niños que califican, que puede incluir un examen de la vista, anteojos y/u otras necesidades de tratamiento para el cuidado de los ojos. Para calificar, hay ciertos criterios de elegibilidad que deben cumplirse. Las siguientes preguntas determinarán si su niño(a) 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 2 a 3 semanas para procesar su solicitud.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN GENERAL DEL NIÑO(A) (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: _____

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

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

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIÁN (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA)

Nombre del Padre/Guardián: _____ Relación al Niño(a): _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

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

SECCIÓN 3: 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 niño es elegible para recibir servicios): Padre/Guardián Agencia de Referencia

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL NIÑO(A)

1. ¿El niño(a) ha recibido una prueba de la vista en una escuela, una visita de bienestar del niño o un evento comunitario? Sí No

2. ¿Tiene su niño 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 la receta actual del examen de la vista del niño.

3. ¿Qué tipo de cobertura de seguro tiene el niño? (marque todo lo que corresponda)

Sin Seguro Medicaid CHIP Condado/Cuidado Privado Otro: _____

a. Si está asegurado, ¿cubre el seguro del niño alguno de los siguientes? Examen de la Vista Anteojos Ambos

4. ¿El niño(a) ha recibido asistencia de Prevent Blindness Texas anteriormente? Sí No

5. ¿El niño(a) está inscrito en el Programa Escolar de Alimentos Gratis o Precio Reducido? Sí No

SECCIÓN 5: ACUERDO DEL PADRE/GUARDIÁN (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 la información personal de mi hijo(a) 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 niño(a) es elegible, este programa se limitará a las siguientes restricciones:

- Un certificado por niño en un período de 12 meses.
- El certificado debe ser redimido en los socios participantes designados por Prevent Blindness Texas.
- Los lentes de contacto electivos no están cubiertos.
- Los anteojos perdidos, robados o rotos no serán cubiertos ni reemplazados.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN: _____ **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			
Referred By: <input type="checkbox"/> PBT Vision Screening <input type="checkbox"/> School <input type="checkbox"/> Partner Agency		Voucher Referral Program: <input type="checkbox"/> VSP <input type="checkbox"/> HE <input type="checkbox"/> TF <input type="checkbox"/> Other	
Date App Received:	GC Number:	Date Voucher Distributed:	Distributed By (Initials):