



SOLICITUD PARA SERVICIOS DE PROGRAMA

Proveyendo Exámenes de Ojos y Lentes Gratis

2009-2010

Padres: Llenen las cajas del 1 al 4 de la solicitud y devuélvasela a la enfermera de la escuela. Al ser revisada, se le regresará a usted. Si es aprobado, contacte al doctor en la caja 6 para hacer una cita, asegúrese de llevar esta solicitud con usted el día de la cita.

1 Información Del Estudiante



Nombre: _____

Fecha De Nacimiento: ____/____/____

Sexo: Niño ___ Niña ___ Grado: _____

Raza/ Grupo Étnico:(para datos solamente)

Hispano/Latino: _____ Africano Americano _____

Blanco (No Hispano): _____ Asiático: _____ Otro: _____

Visual Acuity: Aided: RE 20/____ LE 20/____
Unaided: RE 20/____ LE 20/____

2 Información del Padre/Guardián



Nombre: _____

Firma: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

(1) Teléfono: _____

(2) Teléfono: _____

3 Seguro Medico Del Niño



Tiene algún seguro médico el niño: Si: ___ No: _____

Si respondió "Si", indique cual:

___CHIP ___Medicaid ___Privado ___Ninguno

Si usted ha indicado que su hijo no tiene seguro médico, Eye Care for Kids y Children's Defense Fund le ayudarán para inscripción en el Programa de seguro médico para niños (CHIP/Medicaid). (Vea la página de instrucciones)

"Yo autorizo a "Eye Care for Kids" que pase mi nombre y número a Childrens Defense Funds

Firma: _____ Fecha: _____

4 Ingreso del Hogar



Ingreso Mensual/Salario: \$ _____

Otros Ingresos: \$ _____
(Incluya asistencia del gobierno, pensión matrimonial, etc.)

Numero de adultos en el hogar: _____

Edades: _____

Numero de niños en el hogar: _____

Edades: _____

Recibe comidas escolares gratuitas/reducidas: Si ___ No ___

5 Nurse/Social Worker Information



I recommend services for the student as explained above:

Name/Title: _____

School: _____

School Address: _____

City: _____ Zip Code: _____

School District: _____

Phone: _____ Fax: _____

6 **Llame al número indicado**
Para hacer una cita



Todavía No Aprobada

(Entregué al la enfermera para revisión)