

Estimado Padre/Guardián:

El programa *Sight for Students* es el programa caritativo nacional del VSP Vision Care que proporciona exámenes de la vista y anteojos gratuitos, cuando se recetan, a los niños que califican. Para que un niño(a) califique para el programa, debe cumplir con ciertos criterios de elegibilidad. **PARA SOLICITAR SERVICIOS, SOMETE ESTA SOLICITUD COMPLETAMENTE LLENA A SU OFICINA DE PREVENT BLINDNESS TEXAS MÁS CERCANA.** Por favor escribe claramente con letra de imprenta legible. Las solicitudes incompletas no serán procesadas. Se tomará 2 a 3 semanas para procesar su solicitud.

SECCION I: INFORMACION GENERAL SOBRE EL NIÑO(A) (POR FAVOR ESCRIBE CON LETRAS DE IMPRENTA)

Nombre del Niño(a) (Primer, Segundo, Apellido): _____
 Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año): ____ / ____ / ____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino
 Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Raza: _____
 Dirección del Domicilio: _____ Número de Apto./Lote: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____
 Agencia/Escuela de Referencia: _____ Número del Contacto: _____

SECCION II: INFORMACION SOBRE EL PADRE/GUARDIAN (POR FAVOR ESCRIBE CON LETRAS DE IMPRENTA)

Nombre del Padre/Guardián: _____ Parentesco con el Niño(a): _____
 Número de Seguro Social del Padre/Guardián (si es aplicable): _____ - _____ - _____
 Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

SECCION III: ELEGIBILIDAD DEL NIÑO(A) E INFORMACIÓN DE FONDO

¿Ha reprobado el niño(a) una prueba de la vista? Sí No
 ¿Está el niño(a) matriculado en Medicaid o CHIP? Sí No
 ¿Está el niño(a) matriculado en otro tipo de seguro, además de Medicaid o CHIP, que cubre EXAMENES DE LA VISTA?
 Si marco sí, ¿cubre el seguro los ANTEOJOS? Sí No
 ¿Ha utilizado el niño(a) el programa *Sight for Students* durante los últimos 12 meses? Sí No
 ¿Está el niño(a) matriculado en el Programa Escolar de Alimentos Gratis o Precio Reducido? Sí No
 Ingreso Anual Total del Hogar: \$ _____ Número de TODAS las Personas en el Hogar: _____

SECCION IV: ACUERDO DEL PADRE/GUARDIAN (POR FAVOR LEA Y FIRME ABAJO)

Toda la información en esta solicitud será mantenida bajo estricta confidencialidad por Prevent Blindness Texas, Prevent Blindness América y agencias asociadas con nuestros programas. Firmando abajo, yo atestigo que la información arriba es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN: _____ **FECHA:** _____

POR FAVOR ENVIE ESTA SOLICITUD COMPLETAMENTE LLENA POR CORREO O FAX A SU OFICINA DE PBT MÁS CERCANA:

<p>North Texas Region 3610 Fairmount St. Dallas, TX 75219 Fax: (214) 521-5248</p>	<p>Southeast Texas Region 2202 Waugh Dr. Houston, TX 77006 Fax: (713) 529-8310</p>	<p>Southwest Texas Region 1600 N.E. Loop 410, Ste. 125 San Antonio, TX 78209 Fax: (210) 236-7671</p>
---	--	--

FOR PREVENT BLINDNESS TEXAS OFFICE USE ONLY			
GC No.:	GC Mailed To: <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Agency/School	Date GC Mailed:	GC Mailed By: