



Estimado Padre/Guardián:

Prevent Blindness ha sido designado como un socio de la comunidad de Visionworks/Davis Vision para emitir certificados para exámenes de la vista y anteojos a los niños que califican a través de la campaña *Let's Go See*. **PARA SOLICITAR SERVICIOS, SOMETE ESTA SOLICITUD COMPLETAMENTE LLENA A LA OFICINA DE PREVENT BLINDNESS TEXAS INDICADA ABAJO.** 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.

**SECCIÓN I: INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL NIÑO(A) (POR FAVOR ESCRIBE CON LETRA DE IMPRENTA)**

Nombre del Niño(a) (Primer, Segundo, Apellido): \_\_\_\_\_

Marque SOLAMENTE una casilla para indicar el servicio que desea solicitar: ☐ Examen de la Vista & Anteojos ☐ Solamente Anteojos

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Número de Seguro Social (si es aplicable): \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Dirección del Domicilio: \_\_\_\_\_ Número de Apto./Lote: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Agencia/Escuela de Referencia (si es aplicable): \_\_\_\_\_ Número del Contacto: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN II: INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE/GUARDIAN (POR FAVOR ESCRIBE CON LETRA DE IMPRENTA)**

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Parentesco con el Niño(a): \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN III: ELEGIBILIDAD DEL NIÑO(A) Y INFORMACIÓN DE FONDO**

- ¿Ha reprobado el niño(a) una prueba de la vista? ☐ Sí ☐ No
- Por favor seleccione el tipo de seguro que el niño(a) tiene (si es aplicable):  
☐ Ninguno ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ CHIP ☐ Cobertura de la Visión a través del Empleador  
☐ Otro (por favor describa): \_\_\_\_\_
- ¿Está el niño(a) matriculado en el Programa Escolar de Alimentos Gratis o Precio Reducido? ☐ Sí ☐ No
- ¿Cuál es el ingreso ANUAL total del hogar? \$ \_\_\_\_\_
- ¿Cuál es el número de TODAS las personas en el hogar? \_\_\_\_\_

**SECCIÓN IV: ACUERDO DEL PADRE/GUARDIÁN (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 atestiguo que la información arriba es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

**FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ENVÍE ESTA SOLICITUD COMPLETAMENTE LLENA POR CORREO O FAX AL:**

**Por correo:** Prevent Blindness Texas, Southeast Texas Region, 2202 Waugh Drive, Houston, TX, 77006

**Por Fax:** 713) 529-8310

**FOR PREVENT BLINDNESS TEXAS OFFICE USE ONLY**

<b>Voucher Number:</b>	<b>Voucher Mailed To:</b> <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Agency/School	<b>Issue Date:</b>	<b>Authorized By:</b>
------------------------	--	--------------------	-----------------------