

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? ☐ Sí ☐ No  
 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:**

**North Texas Region**  
 3610 Fairmount St.  
 Dallas, TX 75219  
 Fax: (214) 521-5248

**Southeast Texas Region**  
 2202 Waugh Dr.  
 Houston, TX 77006  
 Fax: (713) 529-8310

**Southwest Texas Region**  
 1600 N.E. Loop 410, Ste. 125  
 San Antonio, TX 78209  
 Fax: (210) 236-7671

## FOR PREVENT BLINDNESS TEXAS OFFICE USE ONLY

<b>GC No.:</b> _____	<b>GC Mailed To:</b> <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Agency/School	<b>Date GC Mailed:</b> _____	<b>GC Mailed By:</b> _____
----------------------	---	------------------------------	----------------------------