

El programa *Healthy Eyes Eyeglass* provee **SOLAMENTE ANTEOJOS** para aquellos clientes que califican. Para calificar para este programa, debe cumplir con ciertos criterios de elegibilidad. Las siguientes preguntas determinarán si usted califica. **PARA SOLICITAR ESTE SERVICIO, SOMETE ESTA SOLICITUD COMPLETAMENTE LLENA JUNTO CON UNA COPIA DE SU RECETA ACTUAL PARA ANTEOJOS QUE DEBE SER MENOR DE UN AÑO.** Por favor escribe con letra de imprenta legible. Las solicitudes incompletas no serán procesadas. **Por favor permite 3 a 6 semanas para procesar su solicitud.**

SECCIÓN I: INFORMACIÓN GENERAL DEL SOLICITANTE (POR FAVOR ESCRIBE CON LETRAS DE IMPRENTA)

Primer Nombre: _____ Apellido: _____
 Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año): ____ / ____ / ____ Edad: ____ Raza: _____ Sexo: ☐ M ☐ F
 Dirección del Domicilio: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____
 Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

SECCIÓN II: ELEGIBILIDAD DEL SOLICITANTE Y INFORMACIÓN DE FONDO

1. ¿Ha reprobado una prueba de la vista? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Usted está matriculado en Medicare? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Usted está matriculado en Medicaid? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Usted recibe Beneficios de Veteranos? ☐ Sí ☐ No
5. Si usted está recibiendo otra asistencia financiera para el cuidado de la vista, por favor indica aquí: _____
6. ¿Tiene usted una receta actual (menor de un año) para anteojos? ☐ Sí ☐ No
7. ¿Ha recibido asistencia del programa de OneSight anteriormente? ☐ Sí ☐ No
 - a. **Si marco sí**, ¿ha habido un cambio en su receta actual para anteojos o ha dañado sus anteojos? ☐ Sí ☐ No
8. ¿Cuál es el ingreso **ANUAL** del hogar? \$ _____
9. ¿Cuál es el número **TOTAL** de miembros viviendo en el hogar (incluye los padres y los hijos)? _____

SECCIÓN III: ACUERDO DEL SOLICITANTE (POR FAVOR LEA Y FIRME ABAJO)

Toda la información en esta solicitud es mantenida bajo estricta confidencialidad por Prevent Blindness Texas, Prevent Blindness America y agencias asociadas con nuestros programas. Firmando abajo, yo atestiguo que la información indicada arriba es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Por favor nota que en el caso que usted sea elegible, su certificado de OneSight será limitado a las siguientes restricciones:

- Un certificado por persona.
- El certificado no incluye un examen de la vista. Debe tener una receta que fue escrito hace menos de un año.
- El recipiente selecciona de un surtido especial de marcos. La disponibilidad puede variar.
- Los lentes multifocales serán limitados a los bifocales tradicionales con línea. Los lentes bifocales sin línea y/o servicios de tintura no están disponibles.
- Todos los niños menores de 12 años recibirán lentes de policarbonato.
- Plan de Protección de Rotura no es aplicable. Debido a la naturaleza caritativa de este programa, ni Luxottica ni OneSight proveerá garantía para los anteojos si son robados o perdidos.
- Bajo ninguna circunstancia serán permitidos actualizaciones de lentes y/o marcos.

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

POR FAVOR ENVIE SU SOLICITUD POR CORREO O FAX AL: 2202 Waugh Dr., Houston, TX 77006 O 713-529-8310.

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA DE PREVENT BLINDNESS TEXAS

Date Application Received: _____

Date Voucher Distributed: _____