**Solicitud de vale para atención oftalmológica para adultos**

**SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO 18/8**

Fecha: \_\_\_\_\_ Personal: \_\_\_\_

□ Aprobado □ Rechazado

□ HE □ ME □ MEMO

**Devolver a:** Prevent Blindness Wisconsin ● 731 N. Jackson Street ● Suite 405   
● Milwaukee, WI 53202

Fax: (414) 765-0377 ● Teléfono: (414) 765-0505 ● Breanna@pbwi.org

**Información del solicitante**

**Presento la solicitud para:** □ Anteojos solamente □ Anteojos y examen oftalmológico

**Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.° de seguro social:** \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Condado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Teléfono:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono alternativo:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_

**Información sobre salud oftalmológica**

**¿Se ha realizado un examen oftalmológico en los últimos 12 meses?** □ Sí □ No

**Fecha del último examen oftalmológico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Ha usado un vale para atención oftalmológica durante los últimos 12 meses?**  □ Sí □ No

Si la respuesta es sí, indique el tipo de vale utilizado:

□ VSP Mobile Eyes □ Healthy Eyes □ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información financiera y de seguro**

Proporcione al menos **UN** documento de constancia de ingresos: talón de pago, declaración de impuestos, carta de aprobación del seguro social, etc.

**Ingreso familiar anual:** $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Cantidad de personas en casa, incluido usted:** \_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Tiene Medicaid, VA Health Care u otro seguro oftalmológico?** □ Sí □ No

***Certifico que la información mencionada anteriormente es verdadera a mi leal saber y entender. Comprendo que si proporciono información incompleta o incorrecta, es posible que se me exija pagar por los servicios de atención oftalmológica que reciba, y la prestación de servicios puede rechazarse.***

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Debe ser completado por el personal de la agencia si la solicitud se presenta a través de una agencia.**

Nombre de la agencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Enviar información sobre el vale a: □ Casa del solicitante □ Agencia