

**SOLO PARA USO EN OFICINA**

Date: Staff:

□ Approved □ Denied

□ HE □ S4S □ MEMO

**Solicitud de vale para atención oftalmológica para niños**

**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](mailto:Breanna@pbwi.org)

**Información del solicitante**

**Mi hijo necesita:** □ Anteojos únicamente □ Anteojos y examen oftalmológico

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

**Dirección: Ciudad:**

**Código postal: País: Teléfono: ( \_) -**

**Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del padre, la madre o el tutor: \_**

**Información sobre salud oftalmológica**

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

**Fecha del último examen oftalmológico:**

**¿Su hijo 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 Sight for Students □ 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.

**¿Su hijo califica para almuerzos gratuitos o de precio reducido?** □ Sí □ No

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

**¿Su hijo tiene BadgerCare Plus (Medicaid) 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 mi hijo reciba, y la prestación de servicios para mi hijo puede rechazarse.***

**Firma del padre, la madre o el tutor: Fecha:**

**Debe ser completado por parte del personal de la escuela/entidad si la solicitud se presenta a través de una escuela/entidad. /To be completed by school/agency staff if applying through a school/agency.**

**Name of School/Agency: Name of Contact:**

**Address: City:**

**Zip: Phone: Email:**

Send Voucher Information to: □ Applicant’s Home □ School/Agency

Send Voucher approval letter in: □ English □ Spanish