



Solicitud de vale para atención oftalmológica para adultos

SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO	3/22
Date: _____	Staff: _____
<input type="checkbox"/> Approved	<input type="checkbox"/> Denied
<input type="checkbox"/> HE	<input type="checkbox"/> ME <input type="checkbox"/> MEMO

Favor de 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

Solicito: Solamente anteojos Examen oftalmológico y anteojos

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Código Postal: _____ Condado: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono: (____) _____ - _____ Teléfono alternativo: (____) _____ - _____

Información sobre la salud oftalmológica

¿Usted se ha recibido una prescripción de anteojos en los últimos 12 meses? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuándo se escribió la prescripción? Día ____ Mes ____ Año ____

¿Usted ha usado un vale para atención oftalmológica en los últimos 12 meses? Sí No

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

VSP Mobile Eyes Healthy Eyes Otro: _____

Información financiera y de seguro

Favor de proporcionar UN documento como prueba de ingreso: talón de pago, declaración de impuestos, carta del Seguro Social, etc.

Ingreso familiar anual: \$0 - \$27,180 \$27,181 - \$36,620 \$36,621 - \$46,060 \$46,061 - \$55,500
 \$55,501 - \$64,940 \$64,941 - \$74,380 \$74,381 - \$83,820 _____

de personas en casa, incluido usted mismo: 1 2 3 4 5 6 7 _____

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

Certifico que la información que he proporcionado en este documento es verdad a mi leal saber y entender. Comprendo que si proporciono información incompleta o incorrecta, es posible que me exijan pagar para los servicios de atención oftalmológica que reciba y que se me niegue la prestación de servicios.

Firma _____ Fecha: _____

Debe ser completado por el personal de la agencia si la solicitud se presenta a través de una agencia. / To be completed by agency staff if applying through an agency.

Name of Agency : _____ Name of Contact: _____

Address: _____ City: _____

Zip: _____ Phone: _____ Email: _____

Send Voucher Information to: Applicant's Home Agency

Send Voucher approval letter in: English Spanish