

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

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

¿Un oftalmólogo le ha recetado anteojos a su hijo en los últimos 12 meses? Sí No

Si la respuesta es sí, cuándo fue recetado: Día: _____ Mes _____ Año _____

¿Su hijo ha roto o ha perdido los anteojos? Sí No

¿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

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

Si no, proporcione al menos **UN** documento de constancia de ingresos: 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 _____

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

¿Su hijo tiene BadgerCare Plus (Medicaid) u otro seguro oftalmológico? Sí No

*Si su hijo tiene BadgerCare y necesita un examen oftalmológico llame al 1-800-362-3002.

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 Hmong