**Solicitud de vale para atención**

**SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO 1/23**

Date: \_\_\_\_\_\_\_\_ Staff: \_\_\_\_

□ Approved □ Denied

□ HE □ EOH □ EOHG

**oftalmológica para adultos**

**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 - $29,160 □ $29,161 - $39,440 □ $39,441 - $49,720 □ $49,721 - $60,000 □ $60,001 - $70,280 □ $70,281 - $80,560 □ $80,561 - $90,840 □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**# 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