

**SOLO PARA USO EN OFICINA 1/23**

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

□ Approved □ Denied

□ HE □ EOH □ EOHG

**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 - $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 □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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