



SOLICITUD PARA SERVICIOS DE VISION

Para asegurar la elegibilidad, conteste todas las preguntas. Por favor, imprima claramente.

Información del solicitante

Nombre y apellido del niño(a): _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Número de Seguro Social: ____-____-____ (es necesario tener un Número de SS válido)

el N° SS es del: Niño(a) Padres Por favor marque uno.

** Si el solicitante no tiene un número de seguro social, se puede presentar un número de seguro social de padre o guardián. Si ninguno tiene un número de seguro social, el solicitante no es elegible para este*

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del padre/tutor legal: _____

Relación: _____ Teléfono: () _____

Ingreso anual: \$ _____ ¿Cuántos miembros en la familia? _____

1. ¿Está su niño inscrito en Medicaid o tiene otro seguro de la visión? Si No
2. ¿Es el niño o pariente ciudadano o inmigrante con un Número de Seguro Social? Si No
3. ¿Ha utilizado el niño los servicios del programa "Vista Para Estudiantes" en los últimos 12 meses? Si No
4. ¿Es el niño menor de los 19 años de edad y además está inscrito en la escuela? Si No

Al firmar, verifico que la información dada es correcta y verdadera según mi entendimiento.

_____/____/____
Firma del padre/tutor legal Fecha

Información para el Voucher

El Certificado será enviado a: Relativo del niño Escuela / Agencia Persona de Contacto
(marque uno) (Nombre y dirección está arriba) (Por favor, proporcione su dirección abajo)

Nombre de Contacto: _____

Escuela / Agencia: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____



SOLICITUD PARA SERVICIOS DE VISION

REQUISITOS PARA ELEGIBILIDAD

- Ingreso familiar no puede ser más de 200% del nivel de pobreza (véase la tabla al lado).
- El niño no está inscrito en Medicaid, ni tiene ningún tipo de seguro de la visión.
- El niño tiene 18 años de edad o menos, y todavía está asistiendo a la escuela superior o secundaria (high school).
- El niño o padre es ciudadano de los Estados Unidos o es inmigrante documentado con un Número de seguro social.
- El niño no ha utilizado nuestro programa en los últimos 12 meses.

200% del nivel federal de pobreza (2016)

Tamaño de la familia	Ingreso anual
1	\$23,760
2	\$32,040
3	\$40,320
4	\$48,600
5	\$56,880
6	\$65,160
7	\$73,460
8	\$81,780
Por cada persona adicional añadida:	\$8,320

BENEFICIOS

Niños que califiquen para nuestro programa recibirán:

- Un examen de vista hecho por un médico que participa en el plan VSP.
- Anteojos, si se los recetan.
- Servicios de necesidad médica cuando estos sean autorizados de antemano.

Además Los Beneficios Cubren:

- | | | |
|------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| - Lentes extra grandes | - Tintes y Colorantes sólidos | - Revestimiento resistente a rasguños |
| - Policarbonato | - Tintes gradientes | - Visión baja |
| - Alto índice | - Fotocrómicos | - Revestimiento de color |

No habrá ningún costo para las familias calificadas a no ser que se compre alguna opción cosmética u otra cosa no cubierta bajo el programa.

Por favor regrese esta solicitud:

Por Correo electronico: kpeckingham@healthyeyesalliance.org
 Por Fax: 203-772-4691
 Por correo: Sight for Students
 Healthy Eyes Alliance
 129 Church Street, Suite 820
 New Haven, CT 06510