

Prevent Blindness Texas provee servicios de cuidado de la vista para los niños que califican, que puede incluir un examen de la vista, anteojos y/u otras necesidades de tratamiento para el cuidado de los ojos. Para calificar, hay ciertos criterios de elegibilidad que deben cumplirse. Las siguientes preguntas determinarán si su niño(a) califica. Por favor, responda a todas las preguntas y devuelva la solicitud a la información de contacto que se indica abajo. Por favor escriba en letra de molde legible o a máquina. Las solicitudes incompletas no serán procesadas. Por favor permita 2 a 3 semanas para procesar su solicitud.

**SECCIÓN 1: INFORMACIÓN GENERAL DEL NIÑO(A) (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA)**

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Dirección del Domicilio: \_\_\_\_\_ No. de Apto./Lote: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Etnicidad:  Afroamericano  Asiático  Caucásico  Hispano/Latino  Nativo Americano  Otro: \_\_\_\_\_

¿Como se enteró de nosotros?  Prueba de la Vista  Sitio Web de PBT  Escuela  Evento Comunitario  Otro: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIÁN (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA)**

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Relación al Niño(a): \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Número Total de Personas en el Hogar (Adultos y Niños): \_\_\_\_\_ Ingreso Anual del Hogar: \$ \_\_\_\_\_

NO CONSIENTO  SI CONSIENTO para recibir comunicaciones electrónicas por:  Texto  Correo Electrónico  Ambos

**SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DE LA AGENCIA DE REFERENCIA (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA)**

Nombre de la Agencia: \_\_\_\_\_ Defensor de la Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección Postal de la Agencia (Calle, Ciudad, Código Postal): \_\_\_\_\_

Teléfono del Defensor: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico del Defensor: \_\_\_\_\_

Dirección de Envío Preferida (si el niño es elegible para recibir servicios):  Padre/Guardián  Agencia de Referencia

**SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL NIÑO(A)**

1. ¿El niño(a) ha recibido una prueba de la vista en una escuela, una visita de bienestar del niño o un evento comunitario?  Sí  No
2. ¿Tiene su niño una receta actual para un examen de la vista (menos de 1 año) para anteojos?  Sí  No  
Si marco SÍ, por favor incluya una copia de la receta actual del examen de la vista del niño.
3. ¿Qué tipo de cobertura de seguro tiene el niño? (marque todo lo que corresponda)  
 Sin Seguro  Medicaid  CHIP  Condado/Cuidado  Privado  Otro: \_\_\_\_\_  
a. Si está asegurado, ¿cubre el seguro del niño alguno de los siguientes?  Examen de la Vista  Anteojos  Ambos
4. ¿El niño(a) ha recibido asistencia de Prevent Blindness Texas anteriormente?  Sí  No
5. ¿El niño(a) está inscrito en el Programa Escolar de Alimentos Gratis o Precio Reducido?  Sí  No

**SECCIÓN 5: ACUERDO DEL PADRE/GUARDIÁN (POR FAVOR LEA Y FIRME ABAJO)**

Toda la información en esta solicitud se mantiene en la más estricta confidencialidad por Prevent Blindness Texas (PBT), Prevent Blindness y las agencias asociadas con nuestros programas. Autorizo a PBT a divulgar la información personal de mi hijo(a) indicada arriba, y la información de salud, relacionada con los resultados del cuidado ocular posterior, que se compartirá con Prevent Blindness, PBT y programas de referencia de terceros para fines relacionados con el seguimiento y el análisis estadístico. Al firmar abajo, certifico que la información indicada arriba es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

**Por favor nota si su niño(a) es elegible, este programa se limitará a las siguientes restricciones:**

- Un certificado por niño en un período de 12 meses.
- El certificado debe ser redimido en los socios participantes designados por Prevent Blindness Texas.
- Los lentes de contacto electivos no están cubiertos.
- Los anteojos perdidos, robados o rotos no serán cubiertos ni reemplazados.

**FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ENVÍE LA SOLICITUD POR CORREO O FAX: 2180 North Loop West, Suite 435, Houston, TX 77006 O 713-529-8310**

FOR PREVENT BLINDNESS TEXAS OFFICE USE ONLY			
Referred By: <input type="checkbox"/> PBT Vision Screening <input type="checkbox"/> School <input type="checkbox"/> Partner Agency		Voucher Referral Program: <input type="checkbox"/> VSP <input type="checkbox"/> HE <input type="checkbox"/> TF <input type="checkbox"/> Other	
Date App Received:	GC Number:	Date Voucher Distributed:	Distributed By (Initials):