

**APLICACIÓN PARA BENEFICIOS DE VISTA**

Su formulario llenado se va a revisar para determinar su elegibilidad. Si califica, le van a hablar.

**Hay que responder a toda información y preguntas. Puede que se pida verificación.**

Nombre, Apellido, y Dirección del paciente:	
Teléfono en casa:	
¿Tiene el niño seguro medical privado o gubernamental, Medicaid o Medicare (OHP) que cubre examen de ojos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está trabajando, al menos parte del tiempo, alguien de su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuánto es el número total de personas en su casa, que viven con Ud, incluso Ud?	
¿Aproximadamente cuánto fueron los ingresos totales en su casa (antes de impuestos y deducciones) incluyendo ingresos de otras partes como alimony y apoyo de niños?	
Favor de indicar en dólares (no centavos). El mes pasado: \$ _____ o el año pasado: \$ _____	
Nombre y dirección de la escuela:	Persona con quien hablar:
	Título:
	Teléfono:
	Condado:

**Información del niño:**

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Numero de seguro social (del niño o de un padre)	Fecha del último examen de la vista

Describa cualquier otro factor que le limite el acceso a cuidados de la vista (por ejemplo, transportación).

---



---



---

Favor de devolver este formulario llenado a: **Oregon Foundation for Vision Awareness**

4404 SE King Rd  
 Milwaukie, OR 97222  
 503-654-5036

O a la enfermera en la escuela o al director de Head Start