



Oregon Foundation for Vision Awareness



Por favor complete esta formulario. Hay que responder a toda informacion y preguntas marcado con un asterisco (*). Revisaremos el formulario para determinar su elegibilidad. Si califica, le hablaremos. Puede que se le pida verificacion a alguna de sus respuestas. Toda la informacion sometida es para el uso medico exclusivamente.

Favor de devolver este formulario ya llenado por fax al 503-659-4189 o envielo a:

OFVA
4404 SE King Road
Milwaukie, OR 97222

Información del niño

Nombre: * _____

Apellido: * _____

Fecha de nacimiento: * _____

Número de seguro social: * _____

(Requerido. Si su niño no tiene un numero de seguro social, favor de incluir su numero, o el numero de cualquier persona en la familia. No podemos someter el formulario sin un numero de seguro social.)

Fecha del ultimo examen de ojos: * _____

Información del padre

Nombre del padre: * _____

Dirección: * _____

Ciudad: * _____

Estado: * _____

Código postal: * _____

Teléfono de la casa: * _____

Email: * _____

Información financiera

Tiene el niño seguro médico privado o del gobierno-Medicaid o Medicare (OHP)- que cubra el examen de ojos?
Sí No

Usted o alguien en su familia esta trabajando, aunque sea parte del tiempo? * _____
Sí No

Cuántas personas viven en su casa incluyendo usted? *

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 anotar la cantidad en dolares (no centavos).

El mes pasado: \$ _____

O el año pasado: \$ _____

Como usted prefiere que nos comuniquemos con usted?

Teléfono Email

Información de la escuela

Nombre de la escuela: _____

Dirección de la escuela: _____

Persona encargada: _____

Título: _____

Teléfono de la escuela: _____

Condado: _____

Por favor, describa cualquier otra circunstancia que limite su acceso al cuidado de la vista de su niño (por ejemplo transportacion):
