



Tulsa Downtown Lions Club

3100 S Jamestown, Suite 48 Tulsa, OK 74135-4454 (Teléfono) 918-742-5555

Sirviendo al área de Tulsa desde 1916

Solicitud de examen de la vista/anteojos NIÑO

DEBES vivir en el área metropolitana Solo se puede aplicar cada dos años

Sección 1- Información de la solicitud (imprima o escriba)

School _____ Date of Screening _____

Solicitud de: Examen de la vista Gafas Tengo una presencia actual

| | | | |
|-----------------|--------------------------|------|-------|
| Nombre del niño | Apellido del solicitante | Edad | Fecha |
|-----------------|--------------------------|------|-------|

| | |
|--------------------------|----------------------------|
| Nombre del padre o tutor | Apellido del padre o tutor |
|--------------------------|----------------------------|

| | | |
|--|-------------|----------------------|
| Domicilio No POBox (Debe ser una dirección permanente) | Apartamento | Teléfono (requerido) |
|--|-------------|----------------------|

| | | | |
|--------|--------|---------------|---------------------------------|
| Ciudad | Estado | Código postal | Dirección de correo electrónico |
|--------|--------|---------------|---------------------------------|

| | | |
|---|-------------------------------------|---|
| ¿Cuántos hay en el hogar? #Adults _____ #Children _____ | Firma del padre o tutor (requerido) | ¿Fue referido por una agencia? Si es así, ¿quién? |
| | Relación con el solicitante | |

ENVÍE LA SOLICITUD COMPLETA POR CORREO ELECTRÓNICO A kidsightoktulsa@gmail.com

o

correo a 3100 S Jamestown Ave Suite 48 Tulsa, OK 74135

Sección 2-Seguros e información financiera

| Cobertura de seguro Marque todo lo que corresponda | INGRESOS BRUTOS MENSUALES | GASTOS MENSUALES | |
|--|--|---|--|
| | (antes de impuestos y deducciones) | (promedio de mes a mes) | |
| <input type="checkbox"/> Seguros Privados | Salarios de los padres | Hipoteca/Alquiler | |
| <input type="checkbox"/> Medicare | Salarios del cónyuge | Utilidades | |
| <input type="checkbox"/> Medicaid | Salarios de la pareja doméstica | Comestibles | |
| <input type="checkbox"/> Atención más temprana | Beneficios de bienestar | Pagos de automóviles | |
| <input type="checkbox"/> VA | Seguridad social | Seguro de Auto | |
| <input type="checkbox"/> Ninguno | Discapacidad | Prescripciones | |
| <input type="checkbox"/> Otro | Cupones de alimentos | Médico | |
| <input type="checkbox"/> Sección 8 o vivienda subsidiada | Desempleo | Tarjetas de crédito | |
| | Otro | Otro | |
| | Ingreso mensual total requerido | Total de gastos mensuales requeridos | |

Sección 3-Divulgación de información financiera

La información financiera recopilada en esta solicitud se utilizará para evaluar su calificación para el examen de la vista / anteojos sin costo alguno para usted. Esta información no se compartirá y se destruirá cuando ya no sea necesaria. Usted está recibiendo asistencia a través del Programa de Conservación de la Vista de los Leones del Centro de Tulsa.

Uso de oficina SOLAMENTE

| | | | | |
|------------------|---|--------------|--------------|-------|
| Referral agency: | Approved <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | Approved by: | Assigned to: | Date: |
|------------------|---|--------------|--------------|-------|