



# Tulsa Downtown Lions Club

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)  Relación con el solicitante	¿Fue referido por una agencia? Si es así, ¿quién?
---	--	---

**ENVÍE LA SOLICITUD COMPLETA POR CORREO ELECTRÓNICO A [TulsadtLions@outlook.com](mailto:TulsadtLions@outlook.com)**

o

**mail to 3015 E. Skelly Drive, Suite 1075, Tulsa, OK 74105**

### 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	
	<b>Ingreso mensual total requerido</b>	<b>Total de gastos mensuales requeridos</b>	

### 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:
---	--------------	--------------	-------