



WASHOE COUNTY LIONS
COMITÉ PARA LA CONSERVACIÓN DE VISTA

Formulario de Asistencia Visual

LOS FORMULARIOS SON REVISADOS EL SEGUNDO MIÉRCOLES DE CADA MES.

LOS SERVICIOS ESTÁN DISPONIBLES SÓLO UNA VEZ CADA 12 MESES.
LENTES PERDIDOS NO SON REEMPLAZABLES.

(Nota: Los formularios deben estar completamente llenos para ser considerados; los formularios incompletos van a ser devueltos. Las aplicaciones para menores de edad deben incluir el nombre del padre o la madre, su empleo y los ingresos totales del hogar.)

Nombre del solicitante: _____ Fecha: _____

Edad del solicitante: _____ Correo electrónico: _____

Domicilio: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de residentes en la vivienda: _____ Teléfono: _____

Si es estudiante, nombre la escuela: _____

¿Cuánto tiempo ha vivido en el condado de Washoe o Lyon? _____

Nombre a su empleador: _____

¿Tiene seguro de **vista**? (Medicaid, Medicare, programa de bienestar infantil, etc.) Sí No

¿Cuánto es su ingreso hogar mensual, incluyendo pensión alimenticia, manutención infantil, etc.? _____

Si no cuenta con ningún ingreso indique por que. _____

¿Cuándo fue la última vez que se hizo atender por un oftalmólogo? _____

Si es que usa lentes ahora ¿Cuándo recibió su más reciente par de lentes? _____

Lentes para: Leyendo Distancia

Indique el nombre de su oftalmólogo: _____

Referido por: _____

Firma del padre/madre o solicitante adulto: _____

Por favor envíe por correo la solicitud COMPLETA a: WCLSCC, P.O. Box 11935, Reno, NV 89510
Correo electrónico: wclsc@gmail.com

Agudeza Visual: D: _____ I: _____ Ambos: _____