



Comité de Conservación de la Vista de los Leones del Condado de Washoe



SOLICITUD DE ASISTENCIA CON UN EXAMEN DE LA VISTA Y GAFAS

Esta solicitud debe ser completada en su totalidad para su consideración. Una solicitud incompleta será devuelta.
Las solicitudes para menores deben incluir el empleo del padre/madre/tutor y el ingreso total del hogar.

Nombre del solicitante: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento del solicitante: _____ Email: _____ Teléfono: _____

Si no habla inglés, ¿a quién podemos contactar que hable inglés? _____ Teléfono: _____

Si el solicitante es menor de edad, nombre de uno de los padres o tutor: _____

Dirección postal actual: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Total de personas en el hogar: _____ Nombre de la escuela (solo estudiantes): _____

¿Cuánto tiempo ha vivido en su actual condado de residencia? _____

Nombre del empleador, o empleadores de los padres (si el solicitante es menor): _____

¿El solicitante tiene seguro de **visión**? (Medicaid, Medicare, bienestar infantil, empleador, etc.) Sí No

¿Cuál es el ingreso mensual **total** de su hogar, incluyendo pensión alimenticia, manutención de hijos, etc.? \$ _____/mes

Si usted, o los padres del solicitante menor, no tienen ingresos, explique cómo se pagan sus gastos: _____

¿Cuándo fue el último examen de la vista del solicitante por un médico de optometría u oftalmología? _____

Si usa gafas actualmente, ¿cuándo recibió su último par de gafas? _____

Sus gafas actuales son para: Lectura Distancia

Nombre de su oftalmólogo: _____

¿Quién lo refirió a este programa de Leones? (doctor/clínica/agencia/auto/web/otro) _____

Si una enfermera, administrador de casos u otro profesional proporcionó la referencia, por favor dénos su información:

Nombre del referente: _____ Teléfono : _____

Firma del padre/tutor o del solicitante adulto : _____

Por favor envíe la solicitud COMPLETA a: [WCLSCC, P.O. Box 11935, Reno, NV 89510](mailto:wclsc@gmail.com)
o envíe por correo electrónico a wclsc@gmail.com • ¿Preguntas? 775-453-4726 o wclsc@gmail.com

**LAS SOLICITUDES SON REVISADAS EL SEGUNDO MIÉRCOLES DE CADA MES,
Y DEBEN SER RECIBIDAS ANTES DEL VIERNES PREVIO A ESA FECHA.
LOS SERVICIOS ESTÁN DISPONIBLES UNA SOLA VEZ CADA 12 MESES.
LAS GAFAS PERDIDAS NO SERÁN REEMPLAZADAS.**

Acuity (if known): R: _____ L: _____ Both: _____