



# 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](mailto:wclsc@gmail.com) • ¿Preguntas? 775-453-4726 o [wclsc@gmail.com](mailto: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: \_\_\_\_\_