



Solicitud de Vista para los estudiantes

NOTA: Favor de llenar todas las secciones completamente antes de devolver a Prevent Blindness Indiana.

Esta solicitud está disponible en línea en www.pbeye.org

Envíe por fax a Prevent Blindness Indiana en el 317-815-9952

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar esta solicitud, favor de comunicarse con Prevent Blindness Indiana, llamada gratis al 800-232-2551 durante las horas normales laborables: Lunes a viernes, 8:30 AM to 5:30 PM. Si un padre/guardián llena la solicitud, favor de devolverla completada a la enfermera escolar/oficial de salud pública para verificar los ingresos. La enfermera/oficial entonces someterá la solicitud a Prevent Blindness Indiana.

Nombre del estudiante _____ Fecha de Naci. ____ / ____ / ____

Dirección _____ Cd. _____

Estado _____ Cód. postal _____ Telé. hogar _____ No. Seguro Social* _____

*Si el solicitante no tiene No. de Seguro Social, el de un padre o guardián puede someterse en su lugar. Si ninguno tiene No. de Seguro Social, el solicitante **no es eligible para el programa.**

INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN (Favor de escribir en letra de molde)

Nombre _____ Parentesco con el niño/a _____

¿Vive el niño/a con usted? Sí No

Si No es así, Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____ Telé. hogar _____

Condado _____ Etnicidad _____ Sexo _____

¿Está inscrito el niño/a en Medicaid o cualquier otro plan de seguro de la vista? Sí No (Sí – **no eligible para programa**)

Ingreso Anual \$** _____ No. de Gente en la Familia _____ Telé. Trabajo _____

**Hay que proveer el Ingreso anual a la enfermera escolar o al oficial de salud pública para verificar que califica para la ayuda VSP. El gráfico a continuación (el 200% de las Pautas Federales de la Pobreza-2006) se usará para determinar la elegibilidad.

Tamaño de la familia	Nivel de pobreza 2007
1	\$20,420
2	27,380
3	34,340
4	41,300
5	48,260
6	55,220
7	62,180
8	69,500
Por cada persona adicional, sume	6,960

INFORMACION DE AGENCIA/ORGANIZACION/ESCUELA (Favor de escribir en letra de molde)

(Para llenarse por la enfermera escolar o el oficial de salud pública– **no el padre/madre**)

Nombre de Agencia/Organización/Escuela _____

Dirección _____ Cd. _____ Estado _____

C.P. _____ Telé. Trabajo _____ Fax _____ Correo electrón. _____

Antes de someter la solicitud completada a Prevent Blindness Indiana, favor de verificar que los siguientes criterios se han cumplido por marcar cada declaración:

El ingreso familiar no sobrepasa las pautas arriba (el 200% del nivel de la pobreza).

El niño/a **NO** está inscrito en Medicaid ni ningún otro seguro de la vista.

El niño/a tiene 18 años o menos, y no se ha graduado de la escuela superior.

El niño/a o padre es ciudadano de EEUU o inmigrante documentado con No. de Seguro Social.

El niño/a **NO** ha usado el programa VSP Vista para los Estudiantes durante los últimos 12 meses.

Yo, el suscrito, he verificado el ingreso indicado arriba.

Firma _____

Fecha de firma _____

Nombre escrito _____

La tramitación de la solicitud tarda 1-2 semanas.

SOLO PARA USO OFICIAL

GC#	
Issue Date	
Access	