

# Prevent Blindness North Carolina VSP Voucher Application (2006-2007)

**COMPLETE LA SOLICITUD - Si la solicitud está incompleta, esto retrasará los trámites necesarios para la obtención de su vale.**

FECHA: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS CON RESPECTO A ESTA SOLICITUD:

CONDADO: \_\_\_\_\_

## **ESCRIBA CLARAMENTE CON LETRA DE IMPRENTA**

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Número de seguro social del niño \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección completa \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código postal

Fecha de nacimiento del niño \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela del niño \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_ Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_

Si su niño no tiene un número de seguro social, utiliza el número de seguro social del padre/tutor \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### **Esta sección debe ser completada y marcada correctamente para procesar su solicitud.**

Verifique si el solicitante reúne los siguientes requisitos marcando el cuadro con este símbolo

- No recibe Medicaid, Programa de Opción de Salud para Niños (Health Choice) u otra cobertura de la vista
- El tamaño y los ingresos de su familia están dentro de los límites de VSP



Verifique si sus ingresos familiares son o son menores que la cantidad indicada marcando el cuadro con este símbolo

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 2 personas de la familia con ingresos de \$26,400 o menos |
| <input type="checkbox"/> 3 personas de la familia con ingresos de \$33,200 o menos |
| <input type="checkbox"/> 4 personas de la familia con ingresos de \$40,000 o menos |
| <input type="checkbox"/> 5 personas de la familia con ingresos de \$46,800 o menos |
| <input type="checkbox"/> 6 personas de la familia con ingresos de \$53,600 o menos |
| <input type="checkbox"/> 7 personas de la familia con ingresos de \$60,400 o menos |
| <input type="checkbox"/> 8 personas de la familia con ingresos de \$67,200 o menos |
| Por cada persona adicional de la familia sume \$6,800                              |

Esta sección debe ser completada por un representante calificado (Enfermera o personal de la escuela o de HD, trabajadora social, etc.)

*Yo he encontrado que la persona nombrada en la parte superior tiene derecho a participar en este programa:*

\_\_\_\_\_  
Firma de la enfermera, trabajadora social, etc.

\_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela o agencia

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Dirección de la escuela o agencia

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono o bípex

\_\_\_\_\_  
Ciudad de la escuela o agencia      Código postal

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico

**Nota:** Nosotros enviaremos el vale al representante calificado para seguir con el proceso a menos que se disponga algo diferente. Por favor asegúrese de enviar de manera segura el vale por correo a los padres. **No hay duplicados disponibles.**

Envíe la solicitud a: PBNC 4011 WestChase Blvd, Suite 225, Raleigh, NC 27607 O hágala por fax al: 919-755-5013

For PBNC Office Use: Date Voucher Mailed \_\_\_\_\_



4011 WestChase Blvd. Suite 225  
Raleigh, NC 27607-3978

### ***¿Qué es VSP?***

El Plan de Servicios de Visión (VSP) es el plan de cuidado de la vista más viejo y grande del mundo que ofrece servicios mediante una red de proveedores que ejercen la medicina privada (ambos oculistas y oftalmólogos) y proporcionan servicios de cuidado de los ojos de alta calidad. Hay más de 20,000 médicos de VSP situados en los Estados Unidos.

### ***¿Qué fue lo que motivó el Programa de Vale de VSP “Vista para Estudiantes”?***

Hace muchos años que el VSP fundó el programa de Vista para Estudiantes. Sin embargo, el programa ha recibido más atención desde que el VSP comprometió a proporcionar exámenes de los ojos y lentes para los niños necesitados a través del mundo durante una Reunión Cumbre del Presidente para el Futuro de América. Para aumentar la extensión, el VSP buscó las agencias afiliadas, y trabajando junto con la Prevención de Pérdida de Visión (Prevent Blindness) es más apropiada.

### ***¿Cuáles son los servicios provistos?***

Los servicios incluyen un examen de los ojos proporcionado por uno de los médicos que participan en el VSP, y también incluyen los lentes – si deben recetarse. Las familias no tienen que pagar nada a menos que escojan para comprar una opción cósmética u otros artículos adicionales.

### ***¿Quién tiene derecho a participar en este programa?***

Este programa es para los niños que pertenecen a una familia que gana hasta **el 200% del nivel de pobreza federal**. Si los ingresos familiares son inferiores al nivel de pobreza, los niños generalmente reúnen los requisitos para recibir los servicios de Medicaid. Para poder participar en este programa, los niños no tienen derecho a recibir los programas de **Medicaid, Opción de Salud para Niños (Health Choice)** u otros programas de seguro de la vista. Los estudiantes con derecho a participar en este programa deben tener **18 años o menos y no se han graduado de la escuela secundaria**. El niño debe tener **un número de seguro social**. **Si el niño no tiene un número de seguro social, utiliza por favor el número de seguro social del padre/tutor. No podemos aceptar el número de identificación del contribuyente.**

### ***¿Cómo determina si mi niño tiene derecho a participar en este programa?***

Una agencia o representante tal como una enfermera de la escuela o trabajadora social revisará su solicitud para determinar si su niño tiene derecho a participar en el programa basado en los requisitos de selección de VSP. **Se ofrece una asignación al participante una vez al año.**

### ***¿Cuánto tiempo tardará el proceso?***

**Las familias con derecho a participar necesitan completar una solicitud con una agencia/representante calificado y proporcionar comprobante de ingresos familiares.** Una agencia/representante calificado enviará la solicitud por correo o fax a la Prevención de Pérdida de Visión de Carolina del Norte para aprobación y tramitación. El proceso generalmente debe ser completado dentro de dos semanas a partir de la fecha en que la agencia reciba su solicitud completa. **Si la solicitud está incompleta, esto retrasará los trámites necesarios para la obtención de su vale.**

### ***¿Cuándo puedo utilizar el vale?***

El propósito es usar el vale lo más pronto posible para la salud de la vista de su niño. **Los vales no tienen una fecha de vencimiento impresa en el formulario.** El nombre o los nombres de los proveedores de VSP estarán a disposición a los padres proporcionados por el representante calificado o usted puede visitar el sitio en la Web en: [www.vsp.com](http://www.vsp.com) y hacer clic en Guest Member. Por favor teclee el código postal de su niño para localizar los nombres y las direcciones de los médicos participantes en su área.

### ***¿A quién llamo con preguntas?***

Si tiene preguntas, desea obtener o verificar una solicitud, comuníquese con la Prevención de Pérdida de Visión de Carolina del Norte al 1-800-543-7839.