Club de Leones del Condado deShelby
Programa de asistencia para el cuidado de la vista
Solicitud

Nombre del solicitante: _____ Fecha de Nacimiento:_____

Dirección: _____ Ciudad:_____Código Postal:_____

*Teléfono: (____) _____-_____ *Correo electrónico: _____

¿Se ha realizado un examen de la vista anteriormente? __Sí ___No Nombre del Dr: _____

Fecha del último examen: _____ ¿Actualmente usa gafas? __Sí ___No

¿Ustednecesita?: ___ Gafas por primera vez ____ Reposición de gafas ____ Gafas actualizadas ____ Otro

¿Cuenta con algún tipo de seguro? ____ Sí _____ No

Tipo de cobertura: ____ Seguro privado _____ Medicare ____ Medicaid ____ Passport

Nombre del titular de la tarjeta:_____ Debe presentar la tarjeta del seguro al momento de la cita.

*Tamaño del hogar: _____. Ingresos del hogar (por favor, incluya los ingresos de todos los miembros del hogar):

Nombre de Miembros del Hogar	Ingreso Mensual Bruto	Fuente de Ingresos
Ingreso Mensual Bruto Total		

Esta solicitud debe completarse, escanearse o fotografiarse y enviarse a ShelbyLions@att.net para su revisión y aprobación ANTES de concertar una cita con VisionFirst.

* Información obligatoria

El Programa de Asistencia para el Cuidado de la Vista del Club de Leones del Condado de Shelby no discrimina ni discriminará por motivos de raza, color, religión (credo), género, identidad de género, edad, origen nacional, estatus migratorio, discapacidad, estado civil, orientación sexual o condición militar en ninguna de sus actividades u operaciones.

Si su solicitud es aprovada:

1. Se le notificará la aprobación por teléfono o correo electrónico.
2. Se facilitará su información de contacto a VisionFirst en Shelbyville, y ellos se comunicarán directamente con usted para programar una cita.
3. Se enviará un vale directamente a VisionFirst en Shelbyville informándoles sobre el nivel de asistencia financiera que recibirá del Shelby Lions Club.
4. Usted será responsable de presentar cualquier información sobre su seguro a VisionFirst al momento de la cita.
5. Se ofrecerán modelos de monturas específicos y, si necesita gafas, deberá elegir entre dichas opciones.
6. Shelby Lions Club cubrirá únicamente lentes básicos; si usted necesita o elige otros tipos de lentes (bifocales, trifocales o progresivos), deberá asumir el costo adicional de hasta $32, el cual deberá abonarse al realizar el pedido de las gafas.

_____ (iniciales) Certifico que la información proporcionada en este formulario es veraz y exacta al momento de completarlo, y acepto cumplir con las normas del programa.

Autorizo a la agencia comunitaria colaboradora a compartir esta solicitud con el Shelby County Lions Club (SCLC) con el único fin de recibir asistencia para el cuidado de la vista. También autorizo al SCLC a facilitar mis datos de contacto a VisionFirst para la prestación de servicios. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información es una decisiónenter amente mía y que puedo revocar esta autorización en cualquier momento poniéndome en contacto con la agencia comunitaria colaboradora o con el SCLC.

Firma del solicitante/padre/tutor: _____ Fecha:_____

Agencia comunitaria que lo refiere: _____

Persona de contacto: _____ Teléfono:_____

Fecha de recepción de la solicitud:_____
Revisada por: _____
Aprobado _____ Denegado _____
Motivo de la denegación: _____
Fecha de notificación de la decisión al solicitante: _____

La solicitud completada debe escanearse o fotografiarse y enviarse por correo electrónico a ShelbyLions@att.net.

El Programa de Asistencia para el Cuidado de la Vista del Club de Leones del Condado de Shelby no discrimina ni discriminará por motivos de raza, color, religión (credo), género, identidad de género, edad, origen nacional, estatus migratorio, discapacidad, estado civil, orientación sexual o situación militar en ninguna de sus actividades u operaciones.