

El programa *Healthy Eyes Eyeglass* provee **SOLAMENTE ANTEOJOS** para aquellos clientes que califican. Para calificar para este programa, debe cumplir con ciertos criterios de elegibilidad. Las siguientes preguntas determinarán si usted califica. **PARA SOLICITAR ESTE SERVICIO, SOMETE ESTA SOLICITUD COMPLETAMENTE LLENA JUNTO CON UNA COPIA DE SU RECETA ACTUAL PARA ANTEOJOS QUE DEBE SER MENOR DE UN AÑO.** Por favor escribe con letra de imprenta legible. Las solicitudes incompletas no serán procesadas. **Por favor permite 3 a 6 semanas para procesar su solicitud.**

SECCIÓN I: INFORMACIÓN GENERAL DEL SOLICITANTE (POR FAVOR ESCRIBE CON LETRAS DE IMPRENTA)

Primer Nombre: _____ Apellido: _____
 Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año): ____ / ____ / ____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino
 Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Raza: _____
 Dirección del Domicilio: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____
 Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

SECCIÓN II: ELEGIBILIDAD DEL SOLICITANTE Y INFORMACIÓN DE FONDO

1. ¿Ha reprobado una prueba de la vista? Sí No
2. ¿Usted está matriculado en Medicare? Sí No
3. ¿Usted está matriculado en Medicaid? Sí No
4. ¿Usted recibe Beneficios de Veteranos? Sí No
5. Si usted está recibiendo otra asistencia financiera para el cuidado de la vista, por favor indica aquí: _____
6. ¿Tiene usted una receta actual (menor de un año) para anteojos? Sí No
7. ¿Ha recibido asistencia del programa de OneSight anteriormente? Sí No
 - a. **Si marco sí**, ¿ha habido un cambio en su receta actual para anteojos o ha dañado sus anteojos? Sí No
8. ¿Cuál es el ingreso **ANUAL** del hogar? \$ _____
9. ¿Cuál es el número **TOTAL** de miembros viviendo en el hogar (incluye los padres y los hijos)? _____

SECCIÓN III: ACUERDO DEL SOLICITANTE (POR FAVOR LEA Y FIRME ABAJO)

Toda la información en esta solicitud es mantenida bajo estricta confidencialidad por Prevent Blindness Texas, Prevent Blindness y agencias asociadas con nuestros programas. Firmando abajo, yo atestiguo que la información indicada arriba es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Por favor nota que en el caso que usted sea elegible, su certificado de OneSight será limitado a las siguientes restricciones:

- Un certificado por persona. Los certificados pueden ser utilizados en las ubicaciones participantes de LensCrafters, Óptica Sears, u Óptica Target. El recipiente del certificado debe contactar su ubicación preferida para hacer una cita.
- El certificado no incluye un examen de la vista.
- El recipiente selecciona de un surtido especial de marcos. La disponibilidad puede variar.
- Los lentes multifocales serán limitados a los bifocales tradicionales con línea. Los lentes bifocales sin línea y/o servicios de tintura no están disponibles.
- Todos los niños menores de 12 años recibirán lentes de policarbonato.
- Plan de Protección de Rotura no es aplicable. Debido a la naturaleza caritativa de este programa, ni Luxottica ni OneSight proveerá garantía para los anteojos si son robados o perdidos.
- Bajo ninguna circunstancia serán permitidos actualizaciones de lentes y/o marcos.

FIRMA DEL SOLICITANTE O DEL PADRE/GUARDIÁN: _____ **FECHA:** _____

POR FAVOR ENVÍE SU SOLICITUD POR CORREO O FAX AL: 2202 Waugh Dr., Houston, TX 77006 O 713-529-8310.

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA DE PREVENT BLINDNESS TEXAS

Date Application Received: _____

Date Voucher Distributed: _____