



Programa de Asistencia de Visión

PARA USO EXCLUSIVO DEL CLUB LIONS



Solicitante: Complete las Secciones 1, 2 y 3; y envíe el formulario al Club de Leones indicado en la Sección 5. El voluntario del club le notificará sobre el estado de su solicitud.

Las solicitudes son generalmente procesadas dentro de los 10 días hábiles, aunque todo depende de la disponibilidad del personal y del voluntario. Apreciamos su paciencia.

Sobre calificación, usted es elegible para lentes plástico monofocales, bifocales o trifocales con línea.

Sección 1: Información del Solicitante (completar en letra imprenta)

Solicitud de: Examen de la vista Lentes Tengo una orden vigente

Primer nombre del Solicitante		Apellido del Solicitante		Fecha de nacimiento del Solicitante	
Domicilio particular			Departamento	Teléfono	
Ciudad	Estado	Código postal	Correo electrónico		
Dirección postal (si no hay domicilio)			Ciudad	Estado	Código postal
¿Cantidad de integrantes en su hogar?	¿Cuánto tiempo ha vivido en Oregon?	Si usted tiene un número de seguro social, por favor proporcione los últimos 4 dígitos solamente: ____		Ocupación:	

SU APPLICATION NO SERÁ REVISADA A MENOS QUE USTED INCLUYE LA PRUEBA DE INGRESOS.

Usted deb proporcionar la documentación válida que muestra la prueba de ingresos de su unidad familiar. Esto podría incluir: los últimos 2 talones de cheques de los últimos períodos, carta de concesión de DHS/TANF/SSI/incapacidad o cartas de concesión de otros programas de ayuda del gobierno o del estado..

Section 2: Insurance and Financial Information

Cobertura de Seguro	Ingreso Bruto Mensual (antes de impuestos y deducciones)	Gastos mensuales (mes a mes)	Debe presentar comprobantes del total de sus ingresos
<input type="checkbox"/> Seguro Privado	Salario de Solicitante \$	Hipoteca/Renta/Utilidades \$	<input type="checkbox"/> Recibo de sueldo/W-2/Declaración de impuestos del Solicitante
<input type="checkbox"/> Medicare	Salario del cónyuge o pareja \$	Provisiones/combustible \$	<input type="checkbox"/> Recibo de sueldo/W-2/Declaración de impuestos de la pareja
<input type="checkbox"/> Pan de Salud de Oregon	Prestaciones sociales \$	Pago del Coche/Seguro \$	<input type="checkbox"/> Documentación de prestaciones sociales
<input type="checkbox"/> Veterano	Seguro Social/Discapacidad \$	Gastos Médicos/Prescripciones \$	<input type="checkbox"/> Documentación de Seguro Social/Discapacidad
<input type="checkbox"/> Seguro de la visión	Cupones de alimentos \$	Tarjetas de Crédito \$	<input type="checkbox"/> Documentación de cupones de alimentos/Tarjeta Oregon Trail
<input type="checkbox"/> Otro	Otro \$	Otro \$	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Ninguna	Total ingreso mensual \$	Total de Gastos ensuales \$	

Usted está obligado a consultar con su proveedor de seguro sobre la cobertura de visión dentro de su plan. Si no tiene seguro, es necesario ver si usted es elegible antes de aplicar con el Club de leones.



Sección 3: Autorización de divulgación de información y difusión en medios de comunicación

Autorizo al Club de Leones indicado en la Sección 4, a la Fundación de Leones de Oregon de la Vista y Oído y a sus socios calificados a recibir los comprobantes de mi información financiera.

Propósito de la divulgación:

El abajo firmante solicita asistencia benéfica de parte de los Clubs de Leones de MD-36 y de la Fundación de Leones de Oregon de la Vista y Oído. Cualquier información financiera solicitada será utilizada con el objeto de determinar la elegibilidad del solicitante para recibir asistencia económica.

Acepto participar y dar a la Fundación de Leones de Oregon de la Vista y Oído permiso para utilizar información/citas/fotografías de interés general de mi persona con fines publicitarios, de promoción, comunicados de prensa, videos, y uso web de la Fundación de Leones de Oregon de la Vista y Oído. Eximo y exonero a la Fundación de Leones de Oregon de la Vista y Oído de cualquier y todo reclamo que surja de cualquier uso con los fines arriba indicados que yo pudiera tener a este respecto.

Entiendo que podré revocar estas autorizaciones por escrito en cualquier momento, enviando por fax una carta firmada y fechada al (503) 413-7522, excepto en la medida en que la(s) organización(es) arriba indicada(s) haya(n) tomado acciones en virtud de esta autorización. He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de la presente autorización.

Firma del Solicitante o Tutor

Fecha

Sección 4: Cuota de Ajuste de Lentes

Firmando abajo, consiento en pagar una cuota de \$20.00 al momento de mi prueba con el proveedor. Esta cuota no será pagada por el Club de Leones, a menos que yo tenga cero ingresos y proporcione la documentación suficiente que confirma cero ingresos.

Primer nombre

Apellido

Teléfono

Firma del Solicitante o del Padre/Madre/Tutor

Fecha

¡Necesitamos su ayuda! Por favor, comparta su historia con nosotros, escriba algunas palabras aquí, agregue una página, o escríbanos a lionsclubsreferrals@olshf.org. ¡Gracias!

Los solicitantes, no escriben debajo de esta línea. Sección 5: Información del Presidente de la Vista y el Oído del Club Lions Voluntario. **Si no se indica ninguna información de contacto del Club Lions, comuníquese al teléfono (971) 270-0203, o por correo electrónico a lionsclubsreferrals@olshf.org**

Section 5: Lions Club Contact Information

Lions Club NEWPORT LIONS CLUB	Sight & Hearing Chair attn: NLC S&H	Telephone N/A		
Mailing Address PO BOX 457	City NEWPORT	State OR	Zip Code 97365	E-mail Address NewportLionsClub@gmail.com

Please check here if using OLSHF's Optical Program and the LEAP Lab _____