

**POMONA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
HEALTH SERVICES & PROGRAMS**

SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA LA VISION - SOLAMENTE para Marshall Lions Clinic

(Una solicitud por alumno)

FECHA: _____ NOMBRE DEL ALUMNO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ALUMNO: XXX--XX-_____

ESCUELA: _____ GRADO: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ ETNICIDAD: _____

DOMICILIO: _____

NÚMERO TELEFÓNICO: () _____ NÚMERO DE CONTACTO: () _____

REQUISITOS DE INGRESO: TALÓN DE CHEQUE DEBE ESTAR ADJUNTO PARA PROCESAR LA SOLICITUD. SI ESTA EMPLEADO POR SU PROPIA CUENTA, FAVOR DE PROPORCIONAR UNA DECLARACIÓN INDICANDO SU INGRESO MENSUAL O SEMANAL.

Favor de indicar el número de miembros en su familia: _____

Hago entrega de esta declaración para verificar mis ingresos, como no tengo otra documentación de ingresos disponibles para mí. Recibo \$ _____ (importe en bruto) y la frecuencia de pago es:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cada semana | <input type="checkbox"/> Doce veces al mes |
| <input type="checkbox"/> Cada dos semanas | <input type="checkbox"/> Una vez al mes |

La última vez que recibí esta cantidad fue en la siguiente fecha: _____

Certifico que la información presentada en esta carta, con lo mejor de mis conocimientos, es correcta y verdadera.

Firma del Padre: _____

INFORMACIÓN SOBRE SU SEGURO MÉDICO

¿Su hijo(a) tiene cobertura médica en este momento? (Ejemplo de planes: Kaiser, Blue Cross/Blue Shield, Health Net)	Sí o No
¿Su plan incluye Optometría?	Sí o No
¿Su hijo(a) está cubierto por Medi-Cal?	Sí o No
¿Ha usted aplicado recientemente para Medi-Cal?	Sí o No
¿Nació su hijo(a) en los Estados Unidos?	Sí o No

Si su hijo(a) tiene Medi-Cal, favor de indicar el número del ID aquí: _____

****Por favor adjunte una copia de la tarjeta de Medi-Cal**

Actualmente, todas las citas toman lugar los miércoles en
Marshall Lions Vision Clinic.

INTERNAL INFORMATION (for office use only)

Referral Criteria: _____

Nurse Signature: _____

Approved: _____ Date: _____