



HEALTH SERVICES & PROGRAMS

POMONA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

800 S Garey Avenue, P.O. Box 2900, Pomona, California 91766 Phone: (909) 397-4648, ext. 28352

Carta de Presentación para la Solicitud de la Visión

Padre/tutor de: _____.

Gracias por pedir asistencia para el cuidado de la visión de su hijo(a). El cuidado de la visión esta disponible por Health Services en cooperación con optometristas voluntarios y Pomona Host and Breakfast Lions Clubs. Adjunto se encuentra la solicitud que debe ser completada.

Sujete toda la documentación solicitada en relación con los ingresos. Devuelva la solicitud con los documentos solicitados a la enfermera escolar de su hijo(a); la documentación se presentarán a Health Services para su aprobación.

Si su solicitud es aprobada, usted será notificado por el personal para una cita.

Sinceramente,

Enfermera Escolar/Asistente de Salud

Cuando regrese la solicitud para el cuidado de la visión, favor de regresar lo siguiente:

_____ Prueba de ingresos

_____ Prueba de Medi-CA, si es aplicable

Si tiene alguna pregunta, favor de llamar al 397-_____

Gracias.

SECTION 7