

Aplicación Para un Plan de Beneficios de la Vista
Application for Vision Service Plan Benefits - Spanish
Instrucciones Estan al Reverso de Esta Forma
APLICACIÓN INCOMPLETA O NO CALIFICADA NO SERA PROCESADA
Incomplete or Unqualified Applications Will Not Be Processed

Información de Apicante

Applicant Information

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ # de Seguro Social: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ ¿El Apicante Actualmente Recibe Beneficios de Medicaid? Si No

Información de los Padres o Guardianes

Parent/Guardian Information

Nombre: _____ Relación con el Apicante: _____

Dirección: _____ # de Seguro Social: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ ¿El Apicante Vive con Usted? Si No Teléfono de Trabajo: _____

Ingreso Anual: \$ _____ Número de personas que viven con su familia: _____

Firma de los Padres/Guardianes: _____ Fecha: _____

Su firma verifica que la información en esta aplicación es completa and correcta y entiende que si VSP niega el cupon for cualquier rason, los Padres/Guardianes son responsables por los pagos. PBO no tiene ninguna obligación financiera.

Verificación de Ingreso

Income Verification

(Esta sección sera completada por una persona de contacto de la Agencia Calificada, como por el Principal de la escuela donde la vision fue conducida.)

Agencia Calificada (Escuela/HeadStart): _____

Persona de Contacto: _____ Teléfono: _____

Contacte a la Persona que Firmo: _____ Fecha: _____

(Conprobante de ingresos deben mantenerse en un folder con la agencia calificada. Talon de cheques o regreso de impuestos pueden ser usados para verificación de ingresos. La firma verifica que la información en la aplicación es completa y correcta.)

Solamente Para el Uso del Personal de Prevent Blindness Oklahoma

Fecha en la cual la aplicación fue recibida: _____ Fecha en el que el cupon fue recibido: _____

Información de Examinador

Agencia/Districto: _____

Grupo que fue Examinado: _____

Fecha de Examinación: _____

Información de la Examinación

Fecha del Examen: _____

Oculista, Dr: _____

Teléfono: () _____

Instrucciones de Como Llenar Esta Aplicación

Si usted tiene preguntas, favor de llamar a Prevent Blindness Oklahoma al 405-848-7123 ext 100

Sección de información para el aplicante:

Favor de llenar toda la informacion requerida. Si el nemor no tiene seguro social, favor de indicar con un "N/A".

Sección de información para los padres/guardianes:

Favor de llenar toda información requerida.

Verification Section:

Qualifying Agency:

Please write in the name of the location where Prevent Blindness Oklahoma conducted the vision screening.

Contact Person: Please print the name of the person from the qualifying agency who has verified that the information contained in the application is complete and accurate.

Phone: Please write in the qualifying agency contact person's phone number.

Qualifying Agency signature/date: Please have the qualifying agency contact person sign and date the application.

ATTENTION QUALIFYING AGENCY CONTACT PERSON:

Your signature verifies that the child meets the following guidelines:

- Family income is no more than 200% of the poverty level (see table)
- Child is NOT receiving Medicaid
- Child is 18 years old or younger (Note: children who are 18 years old must still be attending high school)
- Child is a U.S. Citizen or resident alien

Las directrices de poverza Federales para el año 2009 es de 200%

Los 48 stados Contiguos y D.C.

200 % of Federal Poverty Guidelines for 2009

48 contiguous States & D.C.

1	\$21,660
2	\$29,140
3	\$38,620
4	\$44,100
5	\$51,580
6	\$59,060
7	\$66,540
8	\$74,020

Por cada person adicional,

Añada \$7,480

Each add'l

Person add \$7,480

Mande por correo la aplicación completa a Prevent Blindness Oklahoma, 6 N. E. 63rd St., Suite 150, Oklahoma city, OK 73105 o por via fax a : 405-848-6935. Se usted tiene preguntas, favor de llamar a Kitty al 405-848-7123 ext. 101.

Mail completed application to Prevent Blindness Oklahoma, 6 N.E. 63rd St., Suite 150, Oklahoma City, OK 73105 or FAX to: 405-848-6935. If you have questions please call 405-848-7123.