

**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/Distrito: \_\_\_\_\_

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 2010 es de 200%

Los 48 stados Contiguos y D.C.

200 % of Federal Poverty Guidelines for 2009

48 contiguous States & D.C.

---

<b>1</b>	<b>\$21,660</b>
<b>2</b>	<b>\$29,140</b>
<b>3</b>	<b>\$36,620</b>
<b>4</b>	<b>\$44,100</b>
<b>5</b>	<b>\$51,580</b>
<b>6</b>	<b>\$59,060</b>
<b>7</b>	<b>\$66,540</b>
<b>8</b>	<b>\$74,020</b>

Por cada person adicional,

**Añada \$7,480**

Each add'l

Person add **\$7,480**

**Mande por correo la aplicacion completa a Prevent Blindness Oklahoma, 6 N. E. 63<sup>rd</sup> St., Suite 150, Oklahoma city, OK 73105 o por via fax a : 405-848-6935. Se usted tiene preguntas, favor de llamar a 405-848-7123 .**

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