



*LAS INSTRUCCIONES Y EXPLICACIONES ESTAN ATRAS DE ESTA FORMA PARA
 VSP Sight para estudiantes, Vision Quest, OneSight, y Beneficios de SoonerCare*

Si usted tiene preguntas, por favor hable a Prevent Blindness Oklahoma al 405-848-7123

Información del Solicitante (Por favor escriba claramente) Fecha de Aplicación: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ # de Seguro Social: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____ # de Teléfono: _____

Nombre de Escuela: _____ Grado: _____

Padres/Guardianes: _____ Teléfono de casa: () _____

¿El solicitante vive con usted (cheque uno)? Si No Teléfono del trabajo: () _____

Seguro Social de los padres (**Solo si el solicitante no tiene número de Seguro Social**): _____

Ingresos anuales: \$ _____ Numero de gente que vive en casa: _____

Necesita asistencia con: Lentes: Examen de ojos y lentes (Si son prescritos):

¿El solicitante actualmente recibe Medicaid (SooneCare), o otro tipo de seguridad para la vista? Si No

Si el solicitante o uno de los padres tiene número de Seguro Social, cheque aquí:

¿El solicitante actualmente tiene una prescripción (de menos de dos años) para lentes? Si No

¿El solicitante a fallado un examen de vista? Si No

Firma de los padres/Guardianes: _____ Fecha: _____

La firma verifica que la información contenida en esta aplicación es completa y exacta Y que los Padres/Guardián entiende que son responsables de pagos si VSPS o OneSight les niega un cupón por cualquier razón. PBO no está bajo ni una obligación financiera por servicios de visión que el solicitante reciba (excepto por \$50.00 para VisionQuest).

Verificación de ingresos (Escriba claramente)

(La aplicación tiene que ser sometida a PBO por una agencia calificada, por ejemplo, una escuela o una enfermera del departamento de salud, una oficina médica, un trabajador social, o una personal de una escuela quien ha verificado su elegibilidad. O a través de prueba de ingresos, como una copia de pago reciente, o la primera página de sus impuestos recientes pueden ser proveídos a PBO y estos documentos pueden servir como una agencia de verificación).

Nombre de Escuela o Agencia: _____ Ciudad: _____

Nombre de Agente Calificativo: _____ Teléfono: () _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono: () _____

Firma de la persona de contacto: _____ Fecha: _____

Prueba de ingresos deben ser mantenidos en los archivos de la agencia calificada. Talones de pagos o de regreso de impuestos se pueden usar para verificación. Su firma verifica que la información contenida en esta aplicación es completa y exacta.

Prevent Blindness Oklahoma Office Use Only

Fecha en que se recibió: _____ Fecha/Tipo de cupón que se uso: _____ **VSP VQ OS**

NO HAGA UNA CITA CON EL MEDICO ESTA QUE HAYA RECIBIDO UN CUPON

***Debe de llenar esta aplicación, proveer prueba de ingresos, y recibir un cupón de PBO de uno de los tres primeros programas antes de ir al doctor, o recibir su aceptación de SoonerCare. Contacte a PBO si no recibe su cupón dentro de 3 semanas.**

VSP Sight es un programa para programas de estudiantes de caridad financiado por Vision Service Plan, dirigido por uno de los programas más viejos de vision de la nación. **El programa provee exámenes de vista y lentes gratis a niños de bajos ingresos, sin seguro médico y que tienen Seguro Social.**

Criterio de elegibilidad:

- Los ingresos de la familia no deben exceder 200% del nivel de pobreza federal (vea la tabla)
- El niño no está inscrito en Medicaid/SoonerCare o en otro tipo de seguro (por completo o parcial)
- El niño tiene 18 años o menos, no se ha graduado de la preparatoria, y su distrito ha sido examinado por PBO dentro de los últimos 18 meses.
- El niño o al menos una de los padres es ciudadano o es inmigrante legal con número de seguro social
- El niño no ha tenido acceso a este programa en los últimos 12 meses

Vision Quest es un programa de caridad financiado por una beca de la Fundación de Ronald McDonald in asociación con PBO y proveedores profesionales locales. **Provee un examen y lentes gratis a niños calificados sin documentos (niño o padres sin seguro social).**

Criterio de elegibilidad:

- Los ingresos de la familia no deben exceder 200% del nivel de pobreza federal (vea la tabla)
- No tiene acceso a otros beneficios para lentes como (Medicaid/SoonerCare o a otro tipo de seguro)
- El niño tiene 18 años o menos, no se ha graduado de la preparatoria, y su distrito ha sido examinado por PBO dentro de los últimos 18 meses.
- El niño no ha tenido acceso a este programa en los últimos 12 meses

OneSight es un programa de caridad financiado por Luxottica Group Fundation en asociación con Prevent Blindness America. **Provee lentes gratis a familias calificadas. Usted debe de tener una prescripción reciente para lentes que no tenga más de 2 años.**

Criterio de elegibilidad:

- Los ingresos de la familia no deben exceder 200% del nivel de pobreza federal (vea la tabla)
- No tiene acceso a otros beneficios para lentes como (Medicaid/SoonerCare o a otro tipo de seguro)
- El solicitante tiene una prescripción valida (dada en los últimos 2 años)
- El solicitante no ha participado en este programa durante los últimos 24 meses, al menos que tenga un cambio en la prescripción o los lentes han sido dañados y no tienen compostura.

SoonerCare/Medicaid Tiene que ser calificado para SoonCare. Ya que el niño sea aprobado para beneficios de salud, SoonerCare le proveerá **un examen y lentes una vez al año**. Contacte a SoonerCare a www.mysooner.org para aplicar a través del internet o para pedir más información. O llame al **1-800-987-7767** para más información.

Criterio de elegibilidad:

- El niño debe de residir en Oklahoma y ser ciudadano o ser un residente calificativo (la mejoría de los inmigrantes que llegaron después de Agosto 22 del 1996 tiene una barrera de 5 años)
- La familia debe de cumplir con los requisitos de ingresos y con los estándares en ciertas categorías (contacte a SoonerCare)

200% Nivel de Pobreza Federal para 2011 48 Estados Contiguos y D.C.

1	\$21,780	5	\$52,340
2	\$29,420	6	\$59,980
3	\$37,060	7	\$67,620
4	\$44,700	8	\$75,260

Para Cada Persona Adicional en su familia añada \$7,640

Envie por correo esta aplicación completa a: Prevent Blindness Oklahoma, 6 N.E. 63rd St., Suite 150, Oklahoma City, OK 73105 O por FAX al: 405-848-6935.

Si tiene preguntas por favor llame al 405 848-7123 (para Cheryl al ext 102 VSP/Vision Quest) (para Alisha al ext 101 OneSight) O SoonerCare al 1-800-987-7767