

FORMULARIO DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE LA VISIÓN DE CALIFORNIA (CVP)

El Proyecto de la Visión de California ofrece exámenes de vista sin cargo a familias de trabajadores de bajos ingresos que cumplen con ciertos requisitos.

Los servicios son donados por optometristas voluntarios de toda California.

Requisitos que debe cumplir el solicitante: Todos los requisitos de la elegibilidad se deben cumplir para calificar

(POR FAVOR LEER)

- Al menos un adulto de la casa debe tener trabajo (full-time o part-time);
- La persona o las personas que soliciten el examen de vista no podrán tener seguro público ni privado que cubra el examen de vista;
- El solicitante no deberá haberse realizado un examen de vista en los últimos dos años; y
- Los solicitantes son de bajos ingresos y no pueden pagar la atención oftalmológica.
- Un cargo de \$10.00 administrativo (por persona) tiene que acompañar la aplicación para ser procesada. Cheque o money orders pueden ser escritos a "The California Vision Foundation"

Por favor, responda todas las preguntas. En algunos casos podrá solicitarse verificación.

1. ¿Alguna persona de su hogar trabaja actualmente (full-time o part-time)? Sí No
2. ¿Cuánta gente vive en su casa con usted, incluido usted? _____
3. ¿Cuál fue el ingreso anual bruto aproximado de su hogar antes de impuestos y deducciones? _____
4. ¿Cuán lejos puede viajar para su cita con el oftalmólogo? _____ millas.

Por favor indique algunas de las ciudades específicas a las que podría viajar para su cita con el oftalmólogo:

Indique quiénes son los miembros de la familia que solicitan un examen de vista gratis:

Nombre:	Fecha de nacimiento	¿Esta persona se hizo un análisis de la vista en los últimos dos años?	¿Esta persona tiene seguro privado o del gobierno que cubra exámenes de la vista?
1.	/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.	/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.	/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.	/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Dirección del solicitante: (En letra de molde)

Dirección _____

_____ Nro. de Apto. _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal (Zip) _____

Nro. de teléfono durante el día () _____-_____

Dirección del empleador: (En letra de molde)

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal (Zip) _____

Nro. de teléfono del trabajo () _____-_____

Se examinará su formulario completo para determinar si usted cumple con los requisitos. Si los cumple, recibirá una notificación por correo y recibirá un examen de vista integral sin costo si existe un voluntario disponible en su zona.

Envíe este formulario de solicitud completo con el \$10.00 honorario administrativo (por persona) por correo a:
California Vision Foundation

2415 K Street, Sacramento, CA 95816

Si tiene alguna pregunta, por favor contacte a Megan Gowin o Michelle Harvey al número (800) 877-5738.