

Fecha: _____

Estimados Padres/ Tutores,

Estoy trabajando con las enfermeras de las escuelas locales y con La Asociación Nacional de Enfermeras en un programa llamado "Vista para los alumnos". Esto permite a familias que califican, recibir un examen de la vista y anteojos gratis de oculistas que participan en el programa. Viene de mi atención que su hijo/a probablemente necesita anteojos. Si usted está de acuerdo de proveer la siguiente información, veremos si califica para este programa. Su información quedara completamente confidencial y no se dará a cualquier otra agencia. La enfermera de la escuela y el consejero decidirán si usted llena los requerimientos para la ayuda.

Si califica, le daremos un certificado y una lista de los doctores con direcciones y números de teléfono. Usted tendrá que hacer una cita con el doctor y llevar el certificado a la recepcionista.

Gracias y buena suerte,
Sr Mike Carr
Consejero de la Escuela
Elementaria Dixie Sun

Fecha: _____

Nombre completo del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de los padres: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Número de Seguro Social del padre o del niño/a: _____

Su hijo/a esta inscrito en Medicaid o en otro seguro médico para la vista. **SI** **NO**

De que tamaño es su familia que vive en casa (incluyendo niños, padres, etc.)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Que salario tiene anual \$ _____

**** TIENE** que contestar **TODAS** las preguntas para poder calificar para la ayuda.

