



APLICACIÓN PARA SERVICIOS DE VISION USA

Llame gratis al (800) 766-4466 para obtener ayuda.

****IMPORTANTE: POR FAVOR LEA "REQUISITOS NECESARIOS" ANTES DE COMPLETAR LA APLICACIÓN****

"TODOS" LOS REQUISITOS DEBEN SER CUMPLIDOS

REQUISITOS NECESARIOS PARA EL PROGRAMA VISION USA

Los siguientes estados (Arizona, California, Colorado, Hawaii, Kansas, Kentucky, Minnesota, Montana, North Dakota, Wisconsin and Wyoming) participan en VISION USA usando una agencia local de chequeo. Dirijase a <http://www.aoa.org/x5608.xml> para instrucciones sobre cómo aplicar en estos estados.

1. Debe ser un ciudadano de EEUU o residente legal con número de seguro social o de residente legal.
2. No tienen ningún seguro privado o del gobierno, Medicare / Medicaid
3. No debe haber tenido un examen de la vista en los últimos 24 meses.
4. Debe tener un ingreso inferior a las pautas establecidas en base al número de habitantes de su hogar.
5. No debe haber recibido una derivación médica a través del programa VISION USA en los últimos dos años.

Sección 1. Información del Candidato / Tutor

Primer Nombre	Apellido	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EEUU <input type="checkbox"/> Residente legal	
¿Cuántas personas viven en esta dirección?	Teléfono: Código de área + número OBLIGATORIO	Teléfono celular: Código de área + número	Otro teléfono: Código de área + número
¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección?	Dirección de correo electrónico (email)		
Dirección: Número, Calle, Número de Apartamento o de Lote		Ciudad	Estado
Dirección de Correo (si es diferente): Apartado Postal, Número, Calle, Número de Apartamento o de Lote		Ciudad	Estado
Código Postal			
Nombre, ciudad, y estado del empleador actual o último empleador			

Sección 2. Formulario de Ingresos – SE REQUIERE VERIFICACIÓN DE INGRESOS *Incluya los ingresos de todos los miembros del hogar*

Nombre	Ingresos de empleo, indemnización por cese o desempleo mensual	Mantenimiento económico para niños mensual	Seguro social, SSI o discapacidad mensual	Ingreso mensual de jubilación o indemnización laboral	Otros ingresos mensuales (AFDC, Estampillas de Comida, etc.)	Total
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Total aproximado de ingresos mensuales (suma de todas las columnas de arriba) OBLIGATORIO						\$

Sección 3. Miembros del Hogar – DEBE INCLUIR TODOS AQUELLOS QUE APLICAN PARA LOS SERVICIOS DE VISION *Puede aplicar un máximo de 4 candidatos por hogar por año*

Nombre y Apellido	Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)	Sexo	Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social o Residente Legal	Categoría étnica (Ver abajo*)	Relación con el candidato	Fecha del último examen de la vista	Cubierto por Seguro Privado o del Gobierno, Medicare / Medicaid	Actualmente usa anteojos
EJEMPLO: Susan Smith	12/09/1968	F	5555	W	Candidato	10/2007	No	No
					Candidato			

*Categoría étnica: (A) Asiático, (AA) Negro o afro-americano, (H) Hispano, (M) Multiracial, (NA) Indio Americano/ Nativo de Alaska, (O) Otro/no especificado, (PA) Nativo de Hawaii / Otro isleño del Pacífico, (W) Blanco

Sección 4. Información Adicional del Candidato

¿Ha recibido el candidato una derivación médica a través del programa VISION USA en los últimos dos años? No Sí Si sí, indique el mes

Nombre del oculista actual:

Sección 5. Firma

Certifico que toda la información en mi aplicación es verdadera y completa hasta donde tengo conocimiento y cualquier tergiversación o distorsión puede resultar en terminación y suspensión automáticas para aplicar en el futuro. Doy permiso para que se recoja información aquí contenida para propósitos de estadísticas y comprendo que la información del paciente será tratada con la más estricta confidencialidad y no será compartida con otras entidades.

Firma del candidato / tutor _____ Fecha _____

La aplicación debe ser enviada a: VISION USA, 243 N. Lindberg Blvd., St. Louis, MO 63141

o vía fax al (314) 991-4101 o por correo electrónico a VisionUSA@AOA.org

POR FAVOR COMPLETE PROLIJAMENTE: LAS APLICACIONES INCOMPLETAS O ILEGIBLES NO SERÁN PROCESADAS



The AOA Foundation
VISION USA
Volunteers In Service In Our Nation

Estimado Candidato:

Adjunta se encuentra su aplicación para un examen básico de la vista y la salud del ojo gratuito a través del programa VISION USA. El programa ha instituido nuevas reglas y requiere ahora verificación de ingresos.

Se requiere prueba de ingresos para el total de los ingresos de cada miembro del hogar de cualquiera de las siguientes fuentes:

- | | | |
|---------------------------------------|------------------|---------------------------|
| 1. Empleador | 5. Seguro Social | 10. Indemnización Laboral |
| 2. Indemnización por cese | 6. SSI | 11. Estampillas de comida |
| 3. Seguro de desempleo | 7. Discapacidad | 12. Otro |
| 4. Mantenimiento Económico para Niños | 8. Jubilación | |
| | 9. AFDC | |

DEBE PROVEER PRUEBA DE INGRESOS.

(Ejemplo: Últimos 2 talones de cheques de empleo, estado de cuenta corriente, W-2, 1099, SSI, Discapacidad, Documentos de estampillas de comida, carta de trabajadores sociales, etc.)

Incluso si la respuesta a la pregunta de ingresos es cero, debemos entender su situación. ¿Vive en un refugio o con amigos? ¿Ha aplicado para asistencia y no ha sido aceptado o se han agotado sus beneficios de desempleo? Si este es el caso, por favor incluya una copia de los documentos recibidos y provea una breve explicación de los recursos que ayudan a su hogar.

NO ENVÍE ORIGINALES –¡SOLO COPIAS POR FAVOR!

Los documentos serán destruidos una vez completo el proceso de aplicación.

Por favor, tache información confidencial tal como números de Seguro Social o de cuentas bancarias.

Por favor, revise la aplicación para asegurarse de que esté completa. Luego firme al final de la aplicación y regrese junto con copias de prueba de ingresos a:

VISION USA
243 N LINDBERG BLVD
ST LOUIS, MO 63141
FAX: 314-991-4101 O EMAIL: VISIONUSA@AOA.ORG

EL PROCESO DE APLICACIÓN PUEDE LLEVAR DE 3 A 5 SEMANAS

RECUERDE: EL EXAMEN DE LENTES DE CONTACTO Y/O LENTES DE CONTACTO NO ESTÁN DISPONIBLES A TRAVÉS DE ESTE PROGRAMA.