



We Serve

SCOTTS VALLEY LIONS CLUB
P.O. BOX 66602
SCOTTS VALLEY, CA 95067



Since Lions Clubs were established, Lions have been dedicated to giving back to their communities. The Scotts Valley Lions Eye Health Program is a community-based program that gives sight services to individuals in the Scotts Valley/San Lorenzo Valley area. We rely on donations and fund raising to finance our program. **We provide assistance to people who cannot afford or don't have access to eye health care.** Please don't abuse this service.

1. Fill out this form completely, including signature..
2. Submit the completed form to the Club at the above address.
3. The Club will consider the application and the Sight Chairman will contact you.
4. If approved, you will be provided a card to present to our eye care provider. The doctor and/or eyeglass supplier need this card to get reimbursed from Scotts Valley Lions. You must have a card signed by our Sight Chairman. Thank you.

Date _____

Services requested: Eye examination _____ Eye glasses (if necessary) _____ Other care _____

Explain _____

Do you have Medical Insurance/Coverage for eye exam/glasses? _____

Referred by _____

Have you received eye care services from Medical, MediCruz, or another Lions Club within the last 12 months? **Y N**

How were you referred to Scotts Valley Lions? _____

Applicant's Name _____ Age x _____

Address _____ City _____ Zip _____ Telephone (____) _____

Student? **Y N** School _____ Grade _____ Teacher _____

Father or Mother's name (if patient is a minor) _____ Age: _____

Employed by _____ Occupation _____

Total earnings last year _____ Number of minor children in the family _____

Bank with _____ Bank balances: Checking _____ Savings _____

Value of home or other property \$ _____

Nature of real property, House: _____ Lot _____, Acres, how many? _____

Mortgage holder, if any _____ Balance Due \$ _____

Make of car _____ Year _____

Legal owner of car _____ Balance due _____

Further investigation and verification of this financial information is hereby authorized. If you already have glasses that are to your prescription please do not apply for a second pair. In most cases we provide glasses only once every two (2) years.

Applicant or Guardians signature X _____

_____ Date received _____ Approved _____ Denied _____

Sight Chairman sign here

Comments _____

Required--FILL OUT COMPLETELY and SIGN



SCOTTS VALLEY LIONS CLUB
 P.O. BOX 66602
 SCOTTS VALLEY, CA 95067

Desde que establecieron a los Clubs de Leones, los Leones se han dedicado a dar de nuevo a sus comunidades. El programa de la salud del ojo de los Leones de Scotts Valley es un programa comunidad-basado que da servicios de la vista a los individuos en la comunidad de la libertad. Confiamos en donaciones y financiamos levantar para financiar nuestro programa. **Proporcionamos la ayuda de poblar quién no puede permitirse o no tenemos acceso al cuidado médico del ojo.** No abuse por favor de este servicio.

1. Complete esta forma totalmente, incluyendo firma.
2. Someta llenada el formulario al club de Leones de Scotts Valley en la dirección antedicha.
3. El club considerará el uso y el presidente de la vista le entrará en contacto con.
4. Si está aprobado, le proporcionarán una tarjeta al presente a nuestro abastecedor del cuidado del ojo. El doctor y/o el surtidor de cristal del ojo necesitan esta tarjeta conseguir reembolsada de Leones de Scotts Valley. Usted debe hacer que una tarjeta sea firmada por nuestro presidente de la vista. Gracias.

Fecha _____

Mantiene la examinación de requested: _____ Cristales del ojo (en caso de necesidad) _____

El otro cuidado _____ Explique _____

¿Usted tiene seguro médico/cobertura para el examen de ojo/los vidrios? _____

¿Usted ha recibido servicios del cuidado del ojo de Médical, MediCruz, o de otro Lions Clubs en los 12 meses pasados? **S N**

Nombre _____ Edad _____

Dirección _____ Teléfono (____) _____

¿Estudiante? **S N** Escuela _____ Grado _____ Profesor _____

Padre o Madres Nombre _____ Edad _____

Empleado cerca _____ Ocupación _____

Ganancias totales el año pasado _____ Número de niños de menor importancia en familia _____

Banco con _____ Banco balances: Checking _____ Ahorros _____

Valor del hogar o de la otra característica \$ _____

Naturaleza de la característica verdadera, casa: _____ Acres de la porción _____ cuántos? _____

Sostenedor de hipoteca, si cualquier _____ balance debido _____

Haga de del coche _____ del año _____

Dueño legal del coche _____ debido del balance de _____

La investigación y la verificación adicionales de esta información financiera se autorizan por este medio. Si usted tiene ya los cristales que están a su prescripción por favor no solicitan un segundo par. En la mayoría de los casos proporcionamos los cristales solamente una vez cada dos (2) años.

Firma del aspirante o de los guardas X _____

_____ La fecha recibió _____ Aprobó El _____ Negado _____

Muestra del presidente de la vista aquí _____

Comenta _____

01/2011

Required--FILL OUT COMPLETELY and SIGN
Requerido --COMPLETE TOTALMENTE y FIRME
 Other side English