

Lions SightFirst Foundation of Southern Nevada

FORMULARIO DE SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO

Solicitud para: Sí mismo Niño / Dependiente

Si está llenando la información de un niño solicitante, por favor utilice la información de los padres para los datos financieros y la información de niño para los datos médicos

Cuota de inscripción: Hay una cuota de \$ 20.00 para el procesamiento de su solicitud, la tarifa no es reembolsable, haga el cheque a nombre de la Fundación Lions SightFirst. Cash se puede grapar a la forma y regresar a una oficina del participante, o por correo.

Nombre de la persona que necesita ayuda para el cuidado de los ojos: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre o tutor (si el solicitante es menor de edad) _____

Dirección : _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____ Sexo: Masculino Femenino

¿Quién lo refirió a la fundación? _____

¿Necesita .. Nuevos lentes Cirugía del ojo Examen médico de los ojos Otro

¿Cuál es el problema principal del ojo o que tiene?

¿Ha sido diagnosticado con una enfermedad ocular por cualquier proveedor de cuidado de la vista en el pasado? Si No

Si es sí—por favor describalo ...

¿Ha tenido alguna cirugía de la vista en el pasado? Si No

Si es si-- por favor describalo ...

¿Cuándo fue su último examen de la vista? _____

¿Cual oculista vio Usted? _____

¿Qué le dijeron acerca de su vista? _____

¿Usa usted con regularidad lentes para la visión de lejos? Sí No

¿ Usa usted con regularidad lentes para la visión cercana Si No

¿Ve usted bien con los lentes que tiene ahora? Si No

¿Estan sus lentes actuales en buenas condiciones? Si No

Información financiera (del paciente si es mayor de 18, o de los padres o tutor si el paciente es un niño):

Estado civil: Casado Soltero Divorciado Nombre de esposo(a)_____

Por favor enumere todos los dependientes en el hogar (nombre y edad)

¿Está trabajando? Si No

En caso afirmativo nombre dela empresa_____ Telefono del trabajo_____

Salario mensual \$ _____

Nombre de su banco_____ cuenta de cheques ahorros

Balance de sus cuentas bancarias \$ _____

¿Hay alguien en la familia tiene cobertura de seguro? Si No

¿Tiene el solicitante cobertura de seguro de salud, incluyendo Medicare o Medicaid? (Nombre de la empresa) Sí No

¿Alguna vez ha servido en e servicio Militar de los Estados Unidos? Si No

Para preguntas acerca de Lions SightFirst Foundation o esta aplicación , por favor envíenos un correo electrónico, a sightfirstlv@gmail.com o llame al 702-347-2576

Por favor, consulte al lado de cualquier otra fuente de ingresos que obtiene cada mes ...

Beneficios por discapacidad (cantidad \$____) Manutención de menores (cantidad \$____)

Seguro Social (cantidad \$_____) Beneficios de retiro / Pensión (cantidad \$_____))

Beneficios del VA (cantidad \$_____) Beneficio de Desempleo (cantidad \$_____))

Pensión del matrimonio (Alimony) (cantidad \$_____))

Estimado el ingreso total de la familia \$ _____

Usted debe proporcionar documentación para verificar su información financiera. Evidencia aceptable debe contener su nombre, cantidad de ingresos recibidos a través de esa fuente y la fecha.

Si no tiene cuentas bancarias o ingresos resultados del trabajo (talonarios de sueldo, por ejemplo) debe proporcionar una breve carta de alguien bien informado acerca de sus circunstancias de vida. Esto podría incluir un trabajador social, organización religiosa o cívica, o miembro de la familia.

Documentación requerida Talonarios de pago (2 meses) Estados de cuenta bancaria (2 meses) Formas de impuesto Federal (año más reciente) Identificación con foto

Afirmación _____

Por la presente afirmo que toda la información incluida en este formulario es correcta y verdadera. Entiendo perfectamente que los servicios solicitados se limitan a los individuos que califiquen de acuerdo a las Directivos de Elegibilidad de Ingresos de la Fundación. Estoy de acuerdo en liberar y descargar la Fundación y todas las personas que prestan este tipo de servicios de cualquier reclamo que pueda tener por los servicios prestados. Esta solicitud y otros documentos pueden ser compartidos con los profesionales de los ojos cuando se considere necesario por la Fundación. Yo también autorizo a la Fundación que haga cualquier investigación sobre mí y mis dependientes y sobre las cuales es necesario establecer elegibilidad para asistencia. Estoy de acuerdo en permitir que un resumen de la historia de mis ojos, atención recibida a través de la fundación, y el resultado de mi tratamiento (o el tratamiento de un menor dependiente) pueda ser compartido con los donantes potenciales, incluyendo testimonios y fotos, que pudieran aparecer en la información publicada como su página web, folletos, eventos de recaudación de fondos y otros materiales de comunicación.

Firma _____ Fecha _____

Entiendo que esta solicitud no será procesada hasta que la Fundación haya recibido;

* La aplicación completa en su totalidad * Costo de aplicación

* Documentos requeridos que se enumeran más arriba Initial _____

DEVUELVA FORMULARIO COMPLETO:

FAX 702-946-5058

o por correo a

P.O.BOX 371705, Las Vegas, NV 89137