Solicitud de Asistencia

Servicios necesarios : ◯ Examen ocular y lentes ◯solo lentes

_____

Nombre del niño (por favor imprima) Fecha de nacimiento

_____

Nombre de la Escuela Dirección de la Escuela Condado

_____

número de seguridad social (el número de niño o de los padres) número total de personas en el hogar

_____

dirección de casa ciudad, estado, codigo postal

_____

Número de teléfono Número alternativo

- **¿Es usted elegible para Medicaid? ◯SI ◯NO**
- **¿Tiene actualmente beneficios a través de Medicaid? ◯SI ◯NO**
- **¿Tiene seguro de visión privada? ◯SI ◯NO**
  - **Si la respuesta es SÍ cuál es el nombre del seguro _____**
- **Otros (Por favor describa)_____ _____**
- ¿Cuál es el ingreso familiar anual total? (es decir, del cónyuge, ingresos de dependientes, etc.)
- $_____.

Se requieren al menos **DOS** de las siguientes pruebas de ingresos. Las solicitudes **NO** se procesarán sin **DOS** pruebas de ingresos o un documento **NOTARIZADO** que indique la ausencia de ingresos. Puede provenir de usted o de alguien que pueda proporcionarle asistencia financiera. También puede provenir de la organización que lo está refiriendo si no tiene ingresos. Tenga en cuenta que todas las solicitudes enviadas **SIN** la verificación de ingresos adecuada se devolverán automáticamente sin excepción.

La prueba de ingresos incluye:

- La declaración de impuestos del año pasado
- Los últimos 2 meses de los estados de cuenta bancarios = 1 prueba de ingresos
- 2 talones de cheques de pago actuales = 1 prueba de ingresos
- Carta de Premio de la Administración del Seguro Social. (Si recibe un depósito directo, circule el artículo en el extracto bancario)
- Declaración de desempleo/consulta salarial
- Información, incluya la cantidad mensual recibida, de cualquier fuente de ingresos (es decir, TANF, pensión, jubilación, manutención infantil)

DOY FE DE LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO DE QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA

_____ _____

NOMBRE FECHA

ENVIAR APLICACIÓN POR CORREO O FAX A:

Prevent Blindness Georgia
Attn: Shavette L Turner
270 Carpenter Drive #606
Sandy Springs, Georgia 30328
404-266-0860-Fax