



# Georgia Lions Lighthouse Foundation

## Servicios de Visión: Información General del Candidato

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_  
Primer Segundo Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexo (M o F): \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_  
mes día año

Raza (Blanco, Afroamericano, Hispano, Otro): \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre de Consejero/a o Trabajador/a Social de la Escuela: \_\_\_\_\_

Seguro: Por favor marcar cada tipo de seguro que tenga el niño/a

**Medicare Medicaid PeachCare Privado Otro Ninguno**

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_

Nombre y Número de Teléfono en Caso de Emergencia: \_\_\_\_\_

### Información de Padres

Nombre Completo: \_\_\_\_\_  
Primer Segundo Apellido

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

(Apunte sólo si esta cuenta se revisa por lo menos una vez por semana)

Afirmo que la información proporcionada arriba es verdadera y correcta a mi saber y entender y le otorgo al Georgia Lions Club permiso de proveerle servicios a mi hijo/a.

Firma del Padre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



# Georgia Lions Lighthouse Foundation

**\*\*\* SI SU HIJO (A) TIENE UNA RECETA DE PRESCRIPCION PARA LENTES REALIZADA EN MENOS DE UN AÑO FAVOR DE ENVIARLA JUNTO CON ESTE FORMULARIO\*\*\***

El padre/solicitante DEBEN leer y firmar esta declaración:

"Yo entiendo completamente los servicios de la Fundación Lighthouse que son limitados para personas que no pueden pagar por o recibir algún otro tipo de servicio de asistencia. En consideración por estos servicios, yo deslindo a todas las personas que ofrezcan sus servicios de algún tipo de reclamo por mi parte después de haber recibido dichos servicios. Yo estoy de acuerdo que la Fundación Lighthouse no va a pagar por ningún tipo de costos por visión que sean enviados a mi nombre antes de que esta aplicación sea aprobada. También estoy de acuerdo que mi aplicación puede ser revisada por el Club de Leones, médicos profesionales, y/o personal de la Fundación Lighthouse. Además, por medio de la presente doy permiso para que los registros médicos sean obtenidos por el Club de Leones, Lighthouse, y cualquier especialista de visión, hospital, medico profesional, o agencia de cuidados de visión."

\_\_\_\_\_  
Firma del Apicante (o del padre si aplicante es un menor)

\_\_\_\_\_  
Testigo (si el aplicante firma con una "X")

"Al escribir sus iniciales en la parte inferior, yo doy mi consentimiento para que el Club de Leones del condado donde vivo tenga acceso a mi expediente médico. Yo entiendo que el Club de Leones es una organización legal aparte de la Fundación de Lighthouse, Inc. en el estado de Georgia; de manera que, ellos puedan proporcionar servicios o asistencia financiera para el apoyo de las necesidades que presenté."

\_\_\_\_\_  
Firma del Apicante (o del padre si aplicante es un menor)

\_\_\_\_\_  
Testigo (si el aplicante firma con una "X")

AVISO: Favor de verificar que su dirección este correcta. De lo contrario los lentes serán devueltos a nuestra oficina. Si los lentes fueran devueltos a nuestra oficina usted tendrá un CARGO de \$5 para cubrir el costo de la Fundación de Lions Lighthouse en Georgia para enviar sus lentes por segunda ocasión. Su firma es la verificación de que entendió esta declaración.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**\*\*\* SI SU HIJO (A) TIENE UNA RECETA DE PRESCRIPCION PARA LENTES REALIZADA EN MENOS DE UN AÑO FAVOR DE ENVIARLA JUNTO CON ESTE FORMULARIO\*\*\***