



## **VISIÓN USA – The Wisconsin Project El Formulario de Solicitud del Paciente**

VISIÓN USA – The Wisconsin Project les ofrece los servicios básicos del cuidado de ojo a los niños de las edades de 18 y abajo, de las familias de ingresos bajos que trabajan actualmente, pero cuyos niños no tienen seguros médicos que cubren el cuidado de ojo. Las aplicaciones se aceptarán todo el año y si está aprobado, el solicitante recibirá por correo la información para contactar a un doctor local a establecer un examen de ojo. Es la responsabilidad del padre/guardián para ponerse en contacto con el doctor y hacer la cita. Cada niño elegible recibirá un examen comprensivo gratuito de los ojos. La Asociación Optométrica de Wisconsin siempre tratará de trabajar con doctores de ojos locales y organizaciones de servicio tales como el Club de Leones, Rotatorio, etc. para proporcionar lentes básicos si es necesario. Una nota: doctores voluntarios proporcionan estos servicios y a un doctor que participe pueden o no pueden estar disponible en su área.

**Los requisitos de la elegibilidad son los siguientes. Léalos con cuidado, por favor, para estar seguro que califica.**

- 1. El padre o el guardián de niño debe estar trabajando actualmente por lo menos a tiempo parcial (media jornada o “part time”).**
- 2. El paciente debe de tener 18 años o menos.**
- 3. El paciente debe de no tener seguro médico que cubre los ojos (Medicaid, Blue Cross/Blue Shield, Badgercare). Si se descubre que ellos tienen cobertura por el seguro, ellos serán negados un examen de VISIÓN USA, y si ellos ya han recibido servicios por el programa, ellos serán responsables financieramente al optometrista para el costo de servicios.**
- 4. El paciente no debe haber recibido un examen de ojo por un optometrista dentro de los últimos 12 meses.**
- 5. Los ingresos de la familia deben estar debajo de un nivel establecido según el tamaño de la casa. **\*\*Padre o guardián debe de incluir, con la aplicación completada, una copia de su declaración de impuestos más reciente, o incluir comprobante de la escuela que el niño califica para almuerzo gratuito/reducido con la aplicación completada. Se devuelve la aplicación si uno de estas formas de comprobación de ingresos no está incluida.****

**\*\*El solicitante debe cumplir todos los primeros tres requisitos, a pesar del nivel de ingresos. Si ellos no encuentran estos tres requisitos, ellos no califican para el programa.**

Más que una persona en cada familia puede solicitar un examen, si los requisitos de la elegibilidad se cumplen. Sométase por favor una aplicación separada para cada niño. Para más información, llame al 1-877-435-2020 (se habla inglés sólo). Mande esta forma completada con información solicitada a:

**VISION USA – The Wisconsin Project  
6510 Grand Teton Plaza Suite 312  
Madison, WI 53719  
1-877-435-2020 (Se Habla Ingles. Favor de llamar con un interprete)**



## VISION USA – The Wisconsin Project El Formulario de solicitud paciente

VISION USA – The Wisconsin Project les proporciona los exámenes gratuitos de ojo a los niños de 18 años y menos que son de familias de ingresos bajos que trabajan. Los servicios son donados por optometristas voluntarios y pueden ser limitados en algunas áreas. Los requisitos de la elegibilidad se encuentran al lado anterior de esta aplicación.

*Usted debe contestar TODA de la información y preguntas; las aplicaciones incompletas se desecharán. Complete una forma para cada niño que aplica. POR FAVOR ESCRIBE LEGIBLEMENTE.*

Primer Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

El Nombre de Padre/guardián: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

La ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (     ) \_\_\_\_\_

La Fecha de Nacimiento de niño: \_\_\_\_\_ Número de seguro social (si tenga): \_\_\_\_\_

Sexo: (rodea uno) Femenino Masculino Fecha que entró el kinder: \_\_\_\_\_

### Conteste por favor todas las preguntas abajo.

	YES	NO
1. ¿Uno de los padres trabaja por lo menos media jornada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es ciudadano americano el niño (No afecta su aprobación para este programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene menos que 18 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene cobertura de seguro médico (Medicaid, Medicare, Blue Cross/ Blue Shield, Badger care) Para un oculista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido examen de los ojos por un doctor en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Cuántas personas viven en la casa/ familia incluso en niño? _____		
7. ¿Aproximadamente cuanto fue su ingreso familiar el año pasado? _____		
8. ¿Quien lo refirió a este programa?		

**\*\*Incluye por favor una copia mas reciente de sus ingresos, o una copia de la escuela de comprobante que el niño califica para el almuerzo gratuito/reducido. Esta aplicación se desechará si comprobación de ingresos no se incluye. Si se descubre que ese solicitante es inelegible para el programa después que el examen ha sucedido ya, el costo contraído será la responsabilidad del padre/guardián de ese niño.**

La forma completada se revisará para determinar su elegibilidad. Si usted califica, recibirá una carta con información a contactar a un doctor que participa en su área. Si usted no califica, usted será notificado por escrito dentro de 2-4 semanas de recibo de su aplicación. Por favor regrese la aplicación completa a: **VISION USA – The Wisconsin Project; 6510 Grand Teton Plaza Ste 312, Madison, WI 53719**