



FUD DE ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE LOS OJOS
FAYETTEVILLE LIONS CLUB
 P. O. Box 217
 Fayetteville, TN 37334

RELLENA EL FORMULARIO
FORMULARIO DE DEVOLUCIÓN
ESPERE A QUE UN MIEMBRO DEL LEÓN LLAME

NOMBRE DE LOS SOLICITANTES _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Dirección _____ TELÉFONO # _____

DEBEMOS PODER COMUNICARNOS CON USTED POR TELÉFONO**

Ciudad _____ (DEBE SER LINCOLN CO. RESIDENTE) SEXO _____

SI EL SOLICITANTE TIENE 19 AÑOS DE EDAD O MÁS, COMPLETE ESTA SECCIÓN:

ESTADO CIVIL _____ NÚMERO DE DEPENDIENTES _____

OCUPACIÓN _____

EMPLEADOR _____ DIRECCION DEL EMPLEADOR _____

TELÉFONO DEL EMPLEADOR # (____) _____

NOMBRE DEL CÓNYUGE _____ DIRECCION _____

EMPLEADOR DEL CÓNYUGE _____ DIRECCION _____

CÓNYUGE EMPLEADOR TELÉFONO # (____) _____

SI EL SOLICITANTE TIENE 18 AÑOS DE EDAD O MENOS, COMPLETE ESTA SECCIÓN:

NOMBRE DEL PADRE _____ OCUPACIÓN _____

DIRECCIÓN DE LOS PADRES _____ TELÉFONO # (____) _____

EMPLEADOR _____ DIRECCION DEL EMPLEADOR _____

TELÉFONO DEL EMPLEADOR # (____) _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ OCUPACIÓN _____

DIRECCIÓN DE LAS MADRES _____ TELÉFONO # (____) _____

EMPLEADOR _____ DIRECCION DEL EMPLEADOR _____

TELÉFONO DEL EMPLEADOR # (____) _____

SI EL SOLICITANTE ES ESTUDIANTE, NOMBRE DE LA ESCUELA _____

NÚMERO TOTAL DE MIEMBROS EN ESTE HOGAR _____

MÁS (MÁS EN LA PARTE POSTERIOR)

INGRESE EN ESTA SECCIÓN LOS INGRESOS COMBINADOS DE TODAS LAS FUENTES: LOS SOLICITANTES, ASÍ COMO TODAS LAS PERSONAS QUE TIENEN LA RESPONSABILIDAD DEL SOLICITANTE

SUELDOS Y SALARIOS \$ _____ COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO \$ _____ BIENESTAR \$ _____

WORKMANS COMP \$ _____ SEGURIDAD SOC \$ _____ VETERANO \$ _____

ALIMENTICIA O MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS \$ _____ MILITAR \$ _____ PENSION \$ _____

TRABAJO POR CUENTA PROPIA \$ _____ **INGRESO TOTAL \$ _____**

INGRESOS RECIBIDOS: SEMANAL () QUINCENAL () MENSUAL ()

¿EL SOLICITANTE ES DIABÉTICO? SÍ ___ NO ___

¿EL SOLICITANTE DIABÉTICO ESTÁ CUBIERTO POR MEDICARE? SÍ ___ NO ___

EN CASO AFIRMA, ¿QUÉ PLAN

BLUE CARE # _____ UNITED HEALTH CARE# _____ AMERIGROUP# _____

SI EL SOLICITANTE RECIBE AFDC o SSL GIVE MEDICAID # _____

¿USTED ES PROPIETARIO O ALQUILA SU CASA? ALQUILER PROPIO _____ ALQUILER _____

SI ALQUILA EL NOMBRE DEL PROPIETARIO _____ TELÉFONO # (_____) _____

DIRECCIÓN DEL ARRENDADOR _____

MONTO DEL ALQUILER \$ _____

¿EL SOLICITANTE HA RECIBIDO ASISTENCIA PREVIA DEL CLUB DE LEONES? _____

EN CASO AFIRMATIVA, ENUMERE EL TIPO DE ASISTENCIA Y LA FECHA _____ *

LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA APLICACIÓN ES VERDADERA Y CORRECTA Y, A MI ENTENDER. POR LA PRESENTE, DOY PERMISO AL CLUB DE LEONES DE FAYETTEVILLE PARA VERIFICAR Y VERIFICAR SEGÚN SEA NECESARIO.

SOLICITANTE, PADRE O TUTOR _____ FECHA _____

FIRMA REQUERIDA

SI NO PUEDE CUMPLIR CON UNA CITA OCULAR PROGRAMADA, ASEGÚRESE DE LLAMAR Y CANCELAR

*** SOLO CASOS EXTREMOS APROBADOS SI LA ASISTENCIA PREVIA FUE DENTRO DE LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS**

****SI NO PODEMOS COMUNICARME CON USTED POR TELÉFONO, NO PODEMOS PROGRAMAR UNA CITA**

APROBADO _____

