



# Solicitud para un Examen de la Vista y Lentes

Complete la aplicacion y envíe a el Club de Leones abajo

## Sección 1: Información del aplicante (Por favor use letra de molde)

Servicio(s) Solicitado(s):  Examen de visión  Lentes  Tengo receta reciente para lentes

Si es necesaria cirugía medica para la vista o problemas con el oído, por favor pregunte el president el club de Leones acerca del programa de ayuda.

Nombre	Inicial de Segundo nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	
Dirección (Numero y Calle)		Numero de Apartamento	Numero de Teléfono	
Ciudad	Estado	Código	Tiempo de residencia en Oregon (meses y años)	Numero de Teléfono para Mensajes
Numero de familiares viviendo en la casa		Ocupacion/Numero de Telefono del trabajo		Fecha
Padre/Madre/Guardián		Relación del Apicante	Firma de Apicante o del Padre/Madre/Guardián	

## Sección 2: Información del Financiamiento

Tiene Ud. una aseguranza? (encierra en un circulo la que sea)

Aseguranza Privada Medicare Plano de Oregon Ninguna

INGRESOS BRUTOS MENSUALES <i>(ingresos antes de impuestos y deducciones)</i>		GASTOS MENSUALES <i>(promedio de gastos mensuales)</i>	
Sueldo de aplicante	\$ _____	Hipoteca/Renta	\$ _____
Sueldo de esposo o companero	\$ _____	Gastos de luz, basurda, gas	\$ _____
Sueldo de padre or guardian	\$ _____	Pago de telefono (casa o celular)	\$ _____
Beneficios del Seguro Social	\$ _____	Comida	\$ _____
Beneficios de Incapacidad	\$ _____	Cuidado de Niño(s)	\$ _____
Beneficios de Asistencia Publica	\$ _____	Pago del Carro	\$ _____
Retirement/Pension	\$ _____	Gas/Fuel	\$ _____
Inversiones	\$ _____	Pago de aseguranza (carro, casa, vida etc.)	\$ _____
Child Support/Pensión Alimenticia:	\$ _____	Medicina	\$ _____
Estampillas para Comida	\$ _____	Targeta(s) de Crédito	\$ _____
Otros Ingresos	\$ _____	Otros Gastos	\$ _____
Otros Ingresos	\$ _____	Otros Gastos	\$ _____
<b>Total de Ingresos:</b>	<b>\$ _____</b>	<b>Total de Gastos:</b>	<b>\$ _____</b>

## Sección 3: Club Contact Phone & Mailing Information

Lions Club Newport Lions Club	Nombre Sight & Hearing Chair Attn Sight & Hearing Chair	Sight & Hearing Chair de Teléfono (541) 574-4070	
Dirección (Numero y Calle) PO Box 457	Ciudad Newport	Estado OR	Código 97365

### Lions Club Use Only

Date Approved	Clinic/Doctor Referred To		Clinic Phone
Date Bill Received	Total Cost	Date Bill Paid	Check Number

