



# Oregon Lions Sight & Hearing Foundation

## Application for Vision and Hearing Assistance

Request for: Eye Exam \_\_\_\_\_ Glasses \_\_\_\_\_ Hearing Test \_\_\_\_\_ Hearing Aids \_\_\_\_\_

(If surgical assistance is needed for vision or audiological problems, please ask the Lions Club Sight and Hearing Chair about the Patient Care Program.)

**Applicant Name:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_  
 If Minor, Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_  
 City, State, Zip \_\_\_\_\_  
 Phone: \_\_\_\_\_ Alt. #: \_\_\_\_\_  
 Length of OR Residency: \_\_\_\_\_  
 Occupation/Employer: \_\_\_\_\_  
**Applicant Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
 (or Parent/Guardian)

Please list all family members dependent on income who live with applicant (include age and relationship):

- |          |          |
|----------|----------|
| 1) _____ | 4) _____ |
| 2) _____ | 5) _____ |
| 3) _____ | 6) _____ |

Does applicant have (circle one)?      Insurance      Medicare      Oregon Health Plan      Other

MONTHLY GROSS INCOME <i>(Income before taxes &amp; deductions)</i>		MONTHLY EXPENSES <i>(Average from month to month)</i>	
Salary of Applicant:	\$ _____	Rent/Mortgage:	\$ _____
Salary of Spouse:	\$ _____	Utilities:	\$ _____
Salary of Parent/Guardian:	\$ _____	Food:	\$ _____
Social Security Benefits:	\$ _____	Phone:	\$ _____
Disability Benefits:	\$ _____	Medicine:	\$ _____
Retirement Pension:	\$ _____	Car/Transportation:	\$ _____
Unemployment Benefits:	\$ _____	Child Care:	\$ _____
Investments:	\$ _____	Home Insurance:	\$ _____
Income from other family:	\$ _____	List Charge Cards:	\$ _____
Child Support/Alimony:	\$ _____		\$ _____
Food Stamps:	\$ _____		\$ _____
Other Income:	\$ _____	Other:	\$ _____
<b>Total Monthly Income:</b>	<b>\$ _____</b>	<b>Total Monthly Expenses:</b>	<b>\$ _____</b>

### To Be Completed by Lions Club

**Return form(s) to:** \_\_\_\_\_  
**Referring Club:** \_\_\_\_\_ **District:** \_\_\_\_\_  
**Sight & Hearing Chair:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 City, State, Zip \_\_\_\_\_

Date Approved: \_\_\_\_\_ Referred to: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
 Date Bill Received: \_\_\_\_\_ Cost: \_\_\_\_\_ Date Bill Paid: \_\_\_\_\_



# Oregon Lions Sight & Hearing Foundation

## Aplicación para de la Visión y de la Audiencia

Solicitando: Examen de Visión \_\_\_\_\_ Lentes \_\_\_\_\_ Examen de Audición \_\_\_\_\_ Audífonos \_\_\_\_\_

(Si ayuda quirúrgica es necesaria para la visión o para problemas de la audencia, pida por favor al representante de la Vista y la Audiencia del Club de Leones acerca del Programa Para el Cuidado del Paciente.)

**Nombre del Aplicante:** \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Si es menor de edad, Padre de  
 Familia/Tutor: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Código: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ # Alternativo: \_\_\_\_\_  
 Tiempo de Residencia en Oregon: \_\_\_\_\_  
 Ocupación/Empleador: \_\_\_\_\_  
**Firma del Aplicante:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 (o Padre de Familia/Tutor)

Enumere por favor a todos los miembros de la familia dependientes de ingresos y viven con el aplicante (incluya la edad y la relación):

- |          |          |
|----------|----------|
| 1) _____ | 4) _____ |
| 2) _____ | 5) _____ |
| 3) _____ | 6) _____ |

Tiene el aplicante (circule uno)?      Aseguranza      Medicare      Oregon Health Plan      Otro

INGRESOS BRUTOS MENSUALES (Ingresos antes de impuestos y deducciones)		GASTOS MENSUALES (Promedio de gastos mensuales)	
Ingresos del Aplicante:	\$ _____	Renta/Hipoteca:	\$ _____
Ingresos del Esposo/a:	\$ _____	Utilidades:	\$ _____
Ingresos del Padre de Familia/Tutor:	\$ _____	Comida:	\$ _____
Beneficios del Seguro Social:	\$ _____	Teléfono:	\$ _____
Beneficios de Incapacidad:	\$ _____	Medicina:	\$ _____
Pensión de Retiro:	\$ _____	Carro/Transporte:	\$ _____
Beneficios de Desempleo:	\$ _____	Cuidado de Niño(s):	\$ _____
Inversiones::	\$ _____	Seguro de Casa:	\$ _____
Otros Ingresos de otra familia:	\$ _____	Liste Tarjetas de crédito:	\$ _____
Child Support/Alimony:	\$ _____		\$ _____
Estampillas para Comida:	\$ _____		\$ _____
Otros Ingresos:	\$ _____	Otros:	\$ _____
<b>Total de Ingresos Mensuales:</b>	<b>\$ _____</b>	<b>Total de Gastos Mensuales:</b>	<b>\$ _____</b>

### Para Ser Completado por Club de Leones

**Regrese la(s) forma(s) a:**

**Club que Refirió:** \_\_\_\_\_ **Distrito:** \_\_\_\_\_

**Oficial de la Vista y la Audiencia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Ciudad, Estado, Código:** \_\_\_\_\_

Fecha en que se Aprobó: \_\_\_\_\_ Referido: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de Cuenta Recibida: \_\_\_\_\_ Gasto: \_\_\_\_\_ Fecha de Cuenta Pagada: \_\_\_\_\_