



**CLUB DE LEONES JASPER**  
**P.O. Box 51**  
**JASPER, IN 47547-0051**

¡Gracias por comunicarse con el Club de Leones de Jasper!

Adjunto encontrara **JASPER LIONS CLUB SOLICITUD PARA EL CUIDADO DE LA VISTA y el FORMULARIO DE REFERENCIA PARA EL CUIDADO DE vista.**

Usted, el solicitante (o tutor legal) del solicitante debe completar la Solicitud de Cuidado de Vista. Su especialista en cuidado de la vista o la administración de la escuela deben completar el Formulario de Referencia para el cuidado de Vista. (El formulario de referencia no puede ser llenado por el solicitante o el tutor legal del solicitante.)

Si tiene alguna pregunta sobre la solicitud o el formulario de referencia, llame a Joe Cozza al 812-309-9548

Por favor, envíe el formulario completo a:

**Club de Leones de Jasper**

**P.O. Box 51**

**Jasper, IN 47547-0051**



**CLUB DE LEONES JASPER**  
**P.O. BOX 51**  
**JASPER, IN 47547**

**Información del solicitante**

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

Nombre: \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Primero* *M.I.*

Dirección: \_\_\_\_\_  
*Dirección* *Apartamento/Unidad #*

\_\_\_\_\_

*Ciudad* *Estado* *Código postal*

Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Primero* *M.I.*

Dirección: \_\_\_\_\_  
*Dirección* *Apartamento/Unidad #*

\_\_\_\_\_

*Ciudad* *Estado* *Código postal*

Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Motivo de la solicitud de asistencia financiera**

¿Necesita asistencia financiera porque un proveedor ha proporcionado bienes o servicios? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿El tratamiento es recomendado por un médico, clínica médica, centro médico o otro proveedor? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si contesto 'sí', incluya documentación. (Carta del médico, receta, factura, etc.)

La financiación es limitada y principalmente se dona aquellos más necesitados. Si no recibe financiación, ¿procederá con el tratamiento recomendado? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Costo estimado del tratamiento: \$\_\_\_\_\_

El Solicitante o Tutor verifica que la información proporcionada en esta solicitud de asistencia financiera es correcta y verdadera a su leal saber y entender.

Firma del solicitante o tutor: \_\_\_\_\_

**Club de Leones de Jasper**

Firma del representante de Jasper Lions Club Vision: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Firma del Presidente del Club de Leones de Jasper: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_