



CLUB DE LEONES JASPER

P.O. Box 51

JASPER, IN 47547-0051

**FORMULARIO DE REFERENCIA PARA ASISTENCIA CON EL CUIDADO DE LOS
OJOS / ANTEOJOS**

(COMPLETAR TODAS LAS PREGUNTAS)

Fecha de referencia: _____

Proveedor/especialista de cuidado de vista refiriendo _____

Firma: _____

Nombre de contacto y teléfono: _____

Razón de referir: _____

¿Ofrece un descuento en bienes y servicios para los pacientes que buscan asistencia financiera de el Club de Leones de Jasper? Sí _____ No _____

Si contesto 'sí', describa el descuento:

Si no, ¿por qué no y por favor indique si estuviera dispuesto a proporcionar un descuento: _____

Información del individuo referido:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono: _____

Si tiene alguna pregunta sobre el formulario, llame a Joe Cozza al 812-631-3859

Por favor envíe a: Club de Leones Jasper

P.O. Box 51

Jasper, IN 47547-0051