Youth Voucher Program
Questionnaire *Revised 7/30/24*

***ESTA NO ES UNA SOLICITUD O VALE PARA LA ATENCIÓN DE LA VISTA.
Por favor devuelva este formulario a la enfermera de la escuela quien completará el proceso de solicitud***

Nombre del niño: _____
Primer Nombre *Segundo Nombre* *Apellido*

Condado: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: NC Código postal: _____

Nombre de la escuela que asiste: _____ Grado: _____

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD:

¿Qué tipo de ayuda necesita el niño? (marque sólo una casilla) ☐ Solamente anteojos O ☐ Examen de la vista y anteojos

¿Está el niño matriculado en la escuela y entre los 2 y 19 años de edad? ☐NO ☐ SÍ

¿Es el niño o padre/tutor legal del niño un ciudadano de los Estados Unidos o inmigrante legal con número de seguro social? ☐NO ☐ SÍ
Marque NO si el niño o padre/tutor tiene un número de identificación del contribuyente (que empieza con el número "9") o si el número contiene letras.

¿Cuántas personas viven en el hogar (incluye adultos y niños)? _____

¿Cuál es el monto total de ingresos anuales brutos (antes de impuestos) del hogar? _____
Las fuentes de ingresos incluyen salarios, indemnización por despido, beneficios de desempleo, manutención de los hijos, Seguro Social, beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), pagos por discapacidad, beneficios de jubilación, Ayuda para Familias con Hijos Dependientes (AFDC), compensación por accidentes sufridos en el trabajo y estampillas de comida.

¿Tiene el niño los beneficios de la vista bajo TRICARE? ☐ NO ☐ SÍ

¿Tiene el niño los beneficios de la vista bajo NC Medicaid, Health Choice u otro tipo de seguro de la vista? ☐ NO ☐ SÍ

¿Tiene el niño otro tipo de cobertura de anteojos que puede acceder en este momento? ☐ NO ☐ SÍ

¿Ha recibido y/o utilizado el niño un vale de VSP, Healthy Eyes o Donor Docs dentro de los últimos 365 días? ☐ NO ☐ SÍ

¿Tiene el niño una receta actual (de menos de 12 meses) para los anteojos? ☐ NO ☐ SÍ

Comentarios: _____

Sólo para uso del representante autorizado (no es necesario ponerla en la solicitud en línea):

Nombre del padre/tutor: _____

Número de teléfono: (_____) _____-_____

IMPORTANTE: Las solicitudes deben ser enviadas a PBNC por un representante autorizado (ni padre ni tutor). Los representantes autorizados pueden ser una enfermera de la escuela o del departamento de salud, oficina del médico, trabajadora social o personal de la escuela. Si la información presentada está incompleta o incorrecta, el proveedor de cuidado de los ojos puede negar servicios o requerir pago de la familia durante el tiempo de servicio.