



Lions Sight Foundation of Clark County

P.O. Box 1804
Vancouver, WA 98668-1804



Preferimos que envíe sus solicitudes por correo electrónico a: lsfocc@gmail.com

Los solicitantes deben completar TODAS las secciones de la solicitud para ser elegibles.

Las solicitudes incompletas resultarán en retrasos o negación del servicio. Dejar en blanco los elementos marcados con un asterisco (*) significará que la solicitud está incompleta. Marque N/A, si no aplica.

Los solicitantes deben haber residido en Clark County **al menos un año** y solo pueden presentar su solicitud cada **dos años**.

Escribe en imprenta por favor

Apellido *		Nombre *		Fecha de Nacimiento *		Edad	
Nombre(s) de padre o tutor (si el solicitante es menor de 18 años.)							
Calle *		Ciudad *		Estado *		Zip *	
Licencia de conducir (o ID) Número *		Número de teléfono		Número de celular			
Estado*							
Dirección de correo electrónico (escribe en imprenta por favor): Correo electrónico del solicitante: *							
Correo electrónico de la Agencia de Referencia:							
Enumere TODOS los miembros del hogar y sus edades				¿Vive usted en Clark County? (marca uno) Si / No *			
				¿Cuánto tiempo ha vivido en Clark County? *			
¿Tiene el solicitante Cobertura de Seguro de Visión? SÍ / NO							
*Proveedor de Seguros: _____							
Si SÍ ¿El seguro cubre? Solo el EXAMEN, EXAMEN y LENTES, No*							
Marca su cobertura médica adecuada : *							
Medicare Medicaid Seguranza de empleador o privado Nada Otro:							
Marca los servicios con los necesita ayuda: *							
Examen de La Vista - Lentes - Ayuda para la mala visión - Otro							
Fecha de su último examen de la vista: *				Clínica o Médico que realizó el examen: *			
Firma del solicitante *						Fecha *	

Rellene todas las secciones del reverso

Complete TODOS los espacios en blanco
INGRESOS MENSUALES PARA TODO EL HOGAR

*Pago “que lleva a casa” del empleo para TODO el hogar	\$
*Beneficios del Seguro Social (total para todos los miembros de la familia)	\$
*Manutención infantil (cantidad real que recibe cada mes)	\$
*Beneficios de jubilación	\$
*Beneficios para veteranos	\$
*Asistencia Pública (AFDC, GAU, SSI, cupones de alimentos)	\$
*Beneficios de desempleo (semanal x 4 + ?)	\$
*Otros ingresos (especificar)	\$
*INGRESOS MENSUALES TOTALES	\$

Si tiene pocos o ningún ingreso, o si no tiene hogar, explique detalladamente cómo puede mantenerse; por ejemplo, ¿con quién vives y quién te apoya?

BIENES PERSONALES

Vehículo #1	Año	Modelo	Estado	\$
Vehículo #2	Año	Modelo	Estado	\$
*Cuenta(s) de Ahorros				\$
*Cuenta(s) de cheques				\$

GASTOS MENSUALES

*Alojamiento (Un Círculo) Pago de alquiler o Hipoteca	\$
*Comida	\$
*Utilidades: Electricidad	\$
*Agua	\$
*Teléfono de Casa	\$
*Teléfono Celular	\$
*Combustible de Vehículo	\$
*Pago(s) de Coche (especificar vehículo y monto cada uno)	\$
*Costo de Seguro	\$
*Facturas Medicas	\$
*Facturas Dentales	\$
*Seguro Médico o Dental	\$
*Pago de Préstamo (especificar)	\$
*Pagos con tarjeta de crédito	\$
*Otros gastos mensuales (especificar)	\$
* GASTOS MENSUALES TOTALES	\$