Information Needed to Possibly Receive a VSP Voucher

Parte superior a completar por el solicitante

**Nombre del paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de personas en el hogar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Ha recibido asistencia de VSP en los últimos 12 meses? Circunferencia Sí o No**

**Sírvase proporcionar la información más actualizada.**

**Pago de la casa / alquiler por mes \_$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pago por carro de mes \_$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**asistencia de vivienda por mes \_\_$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cupones de alimentos por mes \_$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Seguro Social/Discapacidad por Mes \_$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otros ingresos por mes \_$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ingresos mensuales totales \_$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ingreso total anual del hogar \_$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Tienes seguro? Circunferencia Sí o No**

**En caso afirmativo, ¿de qué tipo? Seguro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medicaid\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medicare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Certificar que la información proporcionada anteriormente es correcta. Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Para ser completado por el Club de Leones**

**Name of Assisting Lions Club\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Name of Lions Contact\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Mailing Address for Lions Contact \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Phone Number\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Los servicios de cuidado de la vista y anteojos recetados no están disponibles a través de estos certificados si ya están cubiertos a través de una aseguradora privada y/o un programa gubernamental.**

 **"Se deben responder todas las preguntas y cualquier solicitud recibida con cero ingresos y SIN explicación será rechazada".**

Rev 6-22-2023