

# Examen De La Vista y Gafas Gratuitos



## Prevention of Blindness Society

of Metropolitan Washington®

415 2nd Street NE, Suite 200, Washington, DC 20002 | (202) 234-1010 | youreyes.org

Estimado Padre/Tutor Legal:

**Las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia se han asociado con la Sociedad de Prevención de la Ceguera de Washington Metropolitano (POB) para ofrecer exámenes de la visión y gafas a su hijo/a.**

No hay ningún costo para usted por este programa. **Si su hijo usa gafas recetadas, por favor asegúrese de que las traiga a la escuela el día de la evaluación.**

Marque esta casilla y complete la información a continuación excluir a su hijo del program y NO desea que su hijo reciba un examen de la vista y gafas gratuitos.

Nombre Completo del Niño/a: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

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

### Reembolso de Medicaid

El recibir los servicios de visión proporcionados por la clínica móvil Prevención de la Ceguera constituirá un examen de la vista rutinario y, según sea necesario, las gafas y el ajuste de gafas que pueden facturarse a los beneficios de Medicaid de su hijo, si corresponde. Sin embargo, tenga en cuenta que se proporcionará un examen de la vista y anteojos GRATUITOS incluso si no se puede facturar a Medicaid.

Si usted puede, por favor llene la información de Medicaid abajo y devuélvala a su escuela.

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Cuidad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Niño/a: \_\_\_\_\_

Información de Medicaid del Niño/a (si corresponde):

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono de los Padres/Tutores \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_