



LEONES CENTRALES DE WENATCHEE  
APLICACIONES DE CONSERVACIÓN DE LA VISTA

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

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Cónyuge/Padre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de dependientes: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

**ADJUNTE UNA COPIA ACTUAL DE LA RECETA DE ANTEOJOS (DEBE INCLUIRSE)**

Enumere todas las fuentes de ingresos, incluidas las pensiones, el seguro social, la pensión alimenticia, etc.: \_\_\_\_\_

Gastos Mensuales: Renta/Hipoteca: \_\_\_\_\_ Comida: \_\_\_\_\_ Servicios: \_\_\_\_\_

Gastos Médicos: \_\_\_\_\_ Recetas: \_\_\_\_\_ Seguro de Hogar: \_\_\_\_\_

Todos los demás gastos: \_\_\_\_\_

No puedo pagar los servicios porque:

SERVICIOS QUE LE PROPORCIONÓ CUALQUIER CLUB DE LEONES EN EL PASADO:

Un miembro del Club de Leones de Wenatchee Central se comunicará con usted por correo en cuanto a la disposición de su solicitud. EL CONTACTO PUEDE TARDAR HASTA DOS MESES. El personal de Vision Source NO PUEDE acelerar su solicitud y no se darán los números de teléfono de los socios del Club de Leones.

Al firmar a continuación, certifico que como paciente, padre o tutor, no tengo recursos suficientes para satisfacer esta necesidad financiera, no tengo seguro para los servicios solicitados y que el solicitante no tiene Medicare/Medicaid que se aplica a la servicios solicitados.

FIRMA DEL SOLICITANTE O TUTOR: \_\_\_\_\_

DEVUELVA LA SOLICITUD A: WENATCHEE CENTRAL LIONS  
ATENCIÓN: SILLA DE VISIÓN  
PO Box 135  
WENATCHEE, WA 98807