

VSP Sight for Students
Solicitud de Servicio

Fax o Enviar a: Prevent Blindness Nebraska
6818 Grover Street
Omaha, NE 68106
Fax: 402-505-6242

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: ____ de ____ / ____ Seguro Social: ____ / ____ / ____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información de Padres/Guardián

Nombre: _____ Relación con Estudiante _____

Dirección: _____ Seguro Social: ____ - ____ - ____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tele de Casa: (____) ____ - ____ de Trabajo: (____) ____ - ____
e-mail: _____

¿Vive con Usted el Estudiante? Sí _____ No _____

Información del Estudiante o la Persona Responsable

Ingreso Anual: \$ _____ Tamaño de Familia: _____

¿Tiene MEDICAID o otro seguro? Sí _____ No _____

¿Cómo supieron de nosotros? (agencia, escuela, etc.) _____

Certificación

(Basada en mi conocimiento, la información financiera señala arriba es correcta.)

Padre/Guardián: _____ Fecha: ____ de ____ / ____

Preparado por: _____ Fecha: ____ de ____ / ____