



# Lake Chelan Lions Club

## Aplicación para Visión y Asistencia Auditiva

Por favor imprima claramente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad,

Nombre de padres o guardián: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ P.O. Box \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Home phone: \_\_\_\_\_ Mobile phone: \_\_\_\_\_

Servicio solicitado: Examen de Ojos \_\_\_ Lentes \_\_\_ Examen auditivo \_\_\_ Aparatos auditivos \_\_\_

Ingresos mensuales del paciente o padres: \$ \_\_\_\_\_ Numero de dependes \_\_\_

Ingreso Mensual de esposo(a) del paciente: \$ \_\_\_\_\_ Ahorros: \$ \_\_\_\_\_

Otros ingresos (*por favor explique*): \_\_\_\_\_

Incluya prueba de la declaración de impuestos sobre la renta o copias de los talones de pago.

Usted Tiene: Medicare \_\_\_ Medicaid \_\_\_ DSHS \_\_\_ VA \_\_\_ seguro de salud. \_\_\_ Otro \_\_\_

Estoy disponible a pagar por lo menos \$20.00 por el servicio. Yes \_\_\_ No \_\_\_

Usted ha recibido servicios en parte del Lions Club. Si \_\_\_ No \_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Certifico que no tengo las finanzas para cubrir esta necesidad. He buscado ayuda con el condado, programas Estatales y Federales disponibles y no califico. Estoy disponible a proveer los impuestos del año reciente y pagar verificación si me lo piden.

La información proveída aquí es verdad y correcto y yo (nosotros) damos testimonio a su exactitud.

\_\_\_\_\_  
(Firma de paciente) Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma de los padres o guardián, si el paciente es menor de edad.) Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma de esposo o esposa) Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor use otra página para dar información pertinente o adicional que usted piensa sería provechoso cuando el Club de Lake Chelan Lions examinen su petición de ayuda.

**Todas las Aplicaciones son guardadas confidenciales. Envíe aplicación a**

Lake Chelan Lions Club  
Sight & Hearing Chairperson  
Shannon By-Quist Free  
PO Box 1521  
Chelan, WA, 98816

Approved: Yes \_\_\_ No \_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_