



Solicitud de Asistencia

Nombre del Niño(a) (por favor escriba con letra de imprenta) Fecha de Nacimiento

Nombre de la Escuela

Número de Seguro Social (el número del niño o del padre es requerido) Número de Todas las Personas en el Hogar

Dirección del Domicilio Ciudad, Estado, Código Postal

Número de Teléfono Principal Número de Teléfono Alternativo

Por favor seleccione el tipo de seguro que usted tiene (si es aplicable):

- Medicaid Medicare Cobertura del Estado (i.e. MediCal, TennCare, AHCCCS, AllKids, CHIP, pero no limitados a estos)
- Cobertura de la Visión a través del Empleador Cobertura Suplementaria (i.e. AARP)
- Beneficios de Veteranos Otro (por favor describa): _____

¿Cuál es el ingreso familiar anual **Total** (i.e. ingresos de todos en el hogar)??\$ _____

Se **REQUIEREN** al menos **DOS** de los siguientes comprobantes de ingresos. La solicitud **NO SERÁ** procesada sin comprobantes de ingresos o un documento **NOTARIAL** declarando la falta de ingresos.

Comprobante de Ingresos Incluye:

- La declaración de impuestos federales del año pasado
- Estados de cuenta bancarios de los últimos dos meses = 1 comprobante de ingreso
- Dos talones de cheques actuales = 1 comprobante de ingreso
- Carta de Beneficios de la Administración del Seguro Social (Si recibe depósito directo, indica en el extracto bancario)
- Reclamo del Desempleo/Declaración de Salarios
- Información, incluyendo la cantidad de ingreso mensual recibido, o de otras fuentes de ingresos (TANF, pensión de jubilación, manutención de menores, etc.)

Firmando abajo, atestigo que la información arriba es verdadera a mi leal saber y entender:

Firma: _____ Fecha: _____

Envíe por Correo Postal o Fax a:

Prevent Blindness Georgia **Attn:** Shavette L Turner

270 Carpenter Drive #606 404-266-0860-Fax

Sandy Springs, Georgia 30328

Office use only: m/d _____

gc# _____