



Ciclo Escolar 2018-2019
Educational Enrichment Foundation
Solicitud de Enfoque en la Visión

<p>FOR EEF USE ONLY</p> <p>Approved: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Voucher Number: _____</p> <p>If no, reason: _____</p>

POR FAVOR IMPRIMA DE MANERA LEGIBLE. Llene

TODAS las secciones. No deje secciones en blanco. Las solicitudes incompletas no se tomarán en consideración. Los estudiantes deberán cumplir con todos los requisitos de elegibilidad. Los estudiantes elegibles pueden utilizar el programa Enfoque en la Visión de la EEF para un examen de la vista y/o un par de lentes por un período de 12 meses, si hay fondos disponibles. Por favor, envíe por fax la solicitud llena a la EEF al 325-8579. Preguntas directas a la EEF llamando al 325-8688.

Nombre del Estudiante: _____ (Apellido) _____ (Nombre)

Número de Teléfono en Casa: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Masculino Femenino

Información racial/étnico(a) del estudiante: Nativo Americano(a) Afroamericano(a) Nativo Hawaiano(a)/Polinesia Asiático(a) Blanco(a)
 Hispano/Latino(a) Multirracial

Nombre de la Escuela: _____ Grado: _____ Educación Excepcional: Sí No

El estudiante califica para asistencia de comida: (escoge uno) GRATIS REDUCIDO NO califica INCIERTO si califica

¿Tiene el estudiante seguro que cubra el cuidado de la vista? Sí No

Si es sí, explique:

¿Ha sido justificado un examen de la vista/adaptación de lentes por un examen de la vista administrado por la escuela? Sí No

Si es no, explique:

¿Han sido prescritos lentes para este estudiante alguna vez en el pasado? Sí No Si es sí, proporcione la fecha del examen más reciente: _____

*****Se REQUIERE: Si el más reciente examen de la vista fue hace menos de un año, por favor comuníquese con el padre para obtener una copia de la prescripción de lentes más reciente del estudiante.*****

Si el más reciente examen de la vista del estudiante fue hace menos de un año, ¿Obtuvo una copia de la prescripción de lentes más reciente? Sí No N/D

Si es no, explique:

Si el estudiante usa lentes normalmente, marque todo lo que aplique: Lentes rotos Lentes perdidos Prescripción > 1 Año pasado N/D

Describe cualquier circunstancia especial que la EEF debiera considerar al repasar esta solicitud (ej. Al maestro(a) le preocupa que el estudiante no pueda ver el pizarrón.):

SERVICIOS SOLAMENTE DISPONIBLES EN LUGARES SELECCIONADOS DE NATIONWIDE:

Norte: 4386 N Oracle Rd Suite #100 (520) 887-4435	Este: 6572 E Grant Rd #150 (520) 886-6602	Sud: 3788 S 16 th Ave (520) 388-9741
Central: 4663 E Speedway Blvd (520) 322-0872	Oeste: 1370 N Silverbell Rd #140 (520) 882-7700	Sud: 1785 W Valencia Rd #101 (520) 807-5721

Empleado de TUSD que autoriza/somete esta solicitud:

Nombre (Con letra de molde): _____ Firma: _____ Fecha: _____

Escuela: _____ Título: _____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

Empleado de TUSD asignado para acompañar al estudiante a LensCrafters:

La transportación de estudiantes a las actividades fuera de la escuela deberá cumplir con las políticas aplicables de TUSD.

Nombre (Con letra de molde): _____ Título: _____

Escuela: _____ Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: Al firmar abajo, yo certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta.

Nombre del Padre/Tutor (letra de molde) Firma Fecha