



Ciclo Escolar 2017-2018
Fundación Para El Enriquecimiento Educativo
Solicitud de Enfoque en la Visión

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

POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE 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. 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: _____ Hombre Mujer

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

Comidas Gratis/Precio Reducido: El Estudiante califica para comidas GRATIS De precio REDUCIDO NO califica INCIERTO si califica

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

Si es sí, explique: _____

La necesidad de un examen de la vista/adaptación de lentes ha sido justificada 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 corresponda: 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.): _____

Empleado de TUSD que autoriza/presenta esta solicitud:

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

Escuela: _____ Título: _____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

Empleado de TUSD asignado para recoger Focus on Vision voucher(s) en las oficinas de la EEF:

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

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

Empleado de TUSD asignado para acompañar al estudiante a Nationwide:

La transportación de estudiantes a las actividades fuera de la escuela deberá cumplir con las políticas correspondientes 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 _____