



**Mobile Clinic Application for Lions Eyeglasses
I request help from the Lions Clubs of District 2-X1**

**To obtain a vision examination and glasses, if required, for my child
(All blanks to double lines MUST be filled out to be eligible)**

Student's Name: _____

Address: _____ Apt. #: _____ City: _____ Zip: _____

Home Phone: _____ Date of Birth: _____ Grade: _____

Student will be having a comprehensive eye exam by an eye doctor. Drops may be put in their eyes to dilate the pupil so that the doctor can see the inside part of the eyes. These drops will not harm the eye or the eye sight, even though the pupil will be larger than normal. The pupil will gradually return to its normal size. The vision may be blurry and the eyes sensitive to bright light until the pupil returns to its normal size. All of this is perfectly normal. Your signature gives permission for your child to receive these drops. By my signature, I also give the LS&TF and its partners permission to take pictures of my child.

Qualification Guidelines:

1. The recipient, student or adult, must not have Insurance/Medicaid that will pay for his/her glasses.
2. The recipient's family income must fall below poverty level (3) three times.

Total Number of Household Members: _____.

Total Yearly Household Income: \$ _____.

I swear or affirm that the above information is true, that we meet the above conditions and that me, or my child does qualify for the free exam and glasses. Additionally, I am hereby authorizing **FULL** disclosure of the results of my or my child's vision examination, provided by the Lions Sight & Tissue Foundation and/or its partners. This information may be shared only with the following individuals: **his/her School Nurse, ESSILOR or another LSTF program partner.** I understand that I may, at any time revoke this authorization in writing, however, by doing so I understand that I will forfeit any services provided by the Lions Sight & Tissue Foundation and/or its partners. I understand if an unauthorized disclosure is made, I may file a formal complaint with the United States Department of Health and Human Services.

_____ Parent/Guardian Signature

_____ Printed Name

FOR SCHOOL NURSE USE ONLY (REQUIRED)

Failed Vision Screening TWICE. The Acutities are: 1st R _____ L _____ 2nd R _____ L _____

Symptoms or Complaints: _____

School Nurse: _____ Tax Exempt No.: _____ Phone: _____

School: _____ School District: _____

School Address: _____ City: _____ Zip: _____

Signature: _____



**Aplicación para Anteojos de la Clínica Móvil
Yo Solicito ayuda del Club de Leones del Distrito 2-X1**

**Para obtener un examen de la vista y anteojos, para mi niño/a
(Favor de completar todas las líneas)**

Nombre de estudiante: _____

Domicilo: _____ # de Apt: _____

Ciudad: _____ Zona Postal _____

de telefono: _____ fecha de nacimiento: _____ Año Escolar: _____

Los estudiantes tendrán un examen de la vista llevado a cabo por un médico de los ojos. Unas gotas serán puestas en los ojos para dilatar la pupila para que el medico pueda ver dentro del ojo. Estas gotas no harán daño al ojo o la vista, aunque la pupila será más grande de lo normal. La pupila regresara gradualmente a su tamaño normal. La vista será borrosa y los ojos serán sensibles a la luz brillante hasta que la pupila regrese a su tamaño normal. Todo esto es perfectamente normal. Este examen de los ojos puede detectar problemas dentro el ojo. Su firma dará permiso para que su hijo/a reciba estas gotas. Con mi firme, también doy permiso a la LS&TF y a sus socios para tomar fotos de mi hijo/a.

Guía de Calificaciones:

3. El recipiente, estudiante o adulto no puede tener seguro médico o Medicaid que cubra el pago de los anteojos.
4. El salario del recipiente debe de estar debajo del nivel federal de la pobreza (3 veces).

Total de miembros de la casa _____

Ingreso total al año: \$ _____

Yo doy mi palabra que la información es verdad, que nosotros cumplimos con las condiciones y que yo o mi niño/a calificamos para tener anteojos o exámenes gratis. También yo autorizo la divulgación completa del examen proveído por Lions Sight & Tissue Foundation. Esta información puede ser compartida solamente con la enfermera de la escuela.

ESSILOR U otro LSTF patrocinadores del programa. Yo entiendo que yo puedo rechazar esta autorización por escrito, pero al hacerlo, yo entiendo que yo pierdo todos los derechos de servicios proveídos por el Club de Lions Sight & Tissue Foundation y sus patrocinadores. Yo entiendo que si se divulgan la información sin autorización, Yo puedo presentar una demanda con el Departamento de Servicios de Salud y Humanos de los Estados Unidos.

_____ Guardiante/Padre firma

_____ Letra de molde

FOR SCHOOL NURSE USE ONLY (REQUIRED)

Failed Vision Screening TWICE. The Acutities are: 1st R. _____ L. _____ 2nd R. _____ L. _____

Symptoms or Complaints: _____

School Nurse: _____ Tax Exempt No.: _____ Phone: _____

School: _____ School District: _____

School Address: _____ City: _____ Zip: _____

Signature: _____
