

Prescription Eyeglasses Assistance Program

Programa de Asistencia para Gafas Recetadas

Client Registration & Eligibility Screening Form | Formulario de Registro y Elegibilidad

Date / Fecha:

SECTION 1 — CLIENT INFORMATION | SECCIÓN 1 — INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Name / Nombre:

Date of Birth / Fecha de Nacimiento:

Phone Number / Número de Teléfono:

Email Address / Correo Electrónico:

Home Address / Dirección:

City / Ciudad:

ZIP Code / Código Postal:

Preferred Language / Idioma Preferido:

- English / Inglés
 Spanish / Español
 Other / Otro:

Gender / Género:

- Male / Masculino
 Female / Femenino
 Other or Prefer not to say / Prefiero no decir

Ethnicity / Etnia:

- Hispanic/Latino
 Black/African American / Negro/Afroamericano
 Asian/Pacific Islander / Asiático/Isleño del Pacífico
 White/Caucasian / Blanco/Caucásico
 Other / Otro: _____

SECTION 2 — HOUSEHOLD & INCOME INFORMATION | SECCIÓN 2 — INFORMACIÓN DEL HOGAR E INGRESOS

Number of People in Household / Número de Personas en el Hogar:

Monthly Household Income / Ingreso Mensual del Hogar:

Annual Household Income / Ingreso Anual del Hogar:

Primary Income Source / Fuente Principal de Ingresos:

Income Eligibility Guide (250% FPL) | Guía de Elegibilidad por Ingresos (250% del FPL)

Household Size / Tamaño del Hogar	Max Annual Income / Ingreso Anual Máximo
1 person / persona	\$39,124
2 persons / personas	\$52,875
3 persons / personas	\$66,625
4 persons / personas	\$80,375
5+ persons — contact us / 5+ personas — contáctenos	Call: 562-518-9820

SECTION 3 — ELIGIBILITY SCREENING | SECCIÓN 3 — EVALUACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Do you live in Los Angeles County? <i>¿Vive en el Condado de Los Ángeles?</i>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Is your household income at or below the limit shown in the income guide above? <i>¿El ingreso de su hogar está en o por debajo del límite mostrado en la guía de ingresos?</i>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Are the glasses for you or a household member? <i>¿Las gafas son para usted o un miembro del hogar?</i>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Screening Result / Resultado de la Evaluación: <input type="checkbox"/> ELIGIBLE — Proceed to registration / ELEGIBLE — Continuar con el registro <input type="checkbox"/> NOT ELIGIBLE — See notes below / NO ELEGIBLE — Ver notas abajo		

SECTION 4 — VISION & PRESCRIPTION DETAILS | SECCIÓN 4 — DETALLES DE VISIÓN Y RECETA

Does the applicant currently have an eyeglass prescription? / ¿El solicitante tiene actualmente una receta para gafas? Yes / Sí / No — needs eye exam first / No — necesita examen de la vista primero /

Prescribing Doctor / Médico Recetante:

Name of Eye Clinic:

Telephone number of Doctor/Clinic:

Date of Prescription / Fecha de Receta:

Eye Clinic / Ophthalmologist Name / Nombre de la Clínica u Oftalmólogo

Type of lenses needed / Tipo de lentes necesarios:

- Single vision / Visión sencilla
- Bifocal
- Progressive / Progresivo
- Reading only / Solo para leer

Does the client also need an eye exam? / ¿El cliente también necesita un examen de la vista? **Yes / Sí** **No**

SECTION 5 — CURRENT BENEFITS ENROLLMENT | SECCIÓN 5 — BENEFICIOS ACTUALES

Please check all that apply / Marque todos los que correspondan:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal | <input type="checkbox"/> SSI (Supplemental Security Income) |
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Covered California |
| <input type="checkbox"/> CalFresh (Food Stamps / Estampillas de Comida) | <input type="checkbox"/> None / Ninguno |

SECTION 6 — CONSENT & SIGNATURE | SECCIÓN 7 — CONSENTIMIENTO Y FIRMA

By signing below, I certify that all information provided is accurate and complete to the best of my knowledge. I understand that falsifying information may result in disqualification from the program.
Al firmar a continuación, certifico que toda la información proporcionada es precisa y completa. Entiendo que falsificar información puede resultar en descalificación del programa.

Client Signature / Firma del Cliente:

Date / Fecha:

Staff Signature / Firma del Personal:

Date / Fecha:

Approved By / Aprobado Por /

Approval Date / Fecha de Aprobación /
