

NAPLES LIONS CLUB APLICACION PARA ASISTENCIA

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Edad _____

Direccion _____ Email _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ Telefono _____

Seguro: Nombre y numero de poliza de cualquier Seguro de salud: _____

NOMBRE Y EDAD DE LOS QUE VIVEN EN SU CASA

NOMBRE

EDAD

PARENTESCO

ENTRADA DE DINERO MENSUAL: \$ _____

GASTOS MENSUALES \$ _____

NECESITA ASISTENCIA PARA: EXAMEN DE LA VISTA SI ____ **NO** ____ **ESPEJUELOS**

SI ____ **NO** ____

CIRUGIA DE LA VISTA SI ____ **NO** ____ **Que tipo de Cirugia** _____

Cual es el Doctor _____ **Localidad** _____

EL APLICANTE DEBE LEER Y FIRMAR ESTA DECLARACION: Yo entiendo que estos servicios están limitados a personas incapaces de pagar por esos servicios de ninguna otra asistencia. En consideración de esta asistencia, yo relevo cualquiera persona u organización que rinda tal asistencia de cualquier reclamo que yo tenga que surja de tales servicios.

Yo tambien entiendo que mi aplicación puede ser revisada por El Club de Leones y profesionales de salud. Estas formas se mantendrán en archivos por los Leones y profesionales locales. Los documentos se mantendrán confidencial y no se compartiran con terceras personas, tales como compañías de seguro. Toda información en esta aplicación o formas adjuntas son correctas según tengo entendido.

FIRMA DEL APLICANTE

TESTIGO(Si el aplicante firma con una X)

(Padre or Tutor si es menor de 18 años)

Rev: 9/11/2025