



Carlisle Lions Club
Application for Sight Assistance

Date: _____

Patient Information:

Patient's Name: _____ Age: _____ Gender: _____

Parent/Guardian's Name: _____

Address: _____ City: _____ Zip: _____

County: _____ # in family: _____

Home phone: _____ Alternate phone & name: _____

Financial Information:

Patient or parent employer: _____ Work phone: _____

Income: \$ _____ (per hour, weekly, monthly). Is spouse employed? _____ If yes, place of

employment: _____ Phone: _____ Spouse's wages: \$ _____

(per hour, weekly, monthly)

Other income: \$ _____

Source of income: **(circle all that apply)** Social Security, Public Assistance, Child Support,

Alimony, other, specify: _____

Do you _____ own or _____ Rent? Monthly payment/rent amount: \$ _____

Health Insurance Information:

Name of insurance company: _____

Medicaid or Medicare or Arkids #: _____ Social Security # _____

Date of last eye exam: _____ Name of doctor who performed the exam: _____

If child, do they attend school? _____ Where? _____ Grade: _____

Other:

Have you or the patient received assistance from the Carlisle Lions Club before? ___ yes ___ no

If yes, when _____

Please do not write below this line

Please return completed application to:

Carlisle Lions Club
Attn: Sight Chairperson
P.O. Box 421
Carlisle, AR 72024

Approved ___ Yes ___ No

Amount Approved _____

Contacted: ___ Applicant

___ Dr's Office ___ Treasurer

Date Application Received: _____



Carlisle Club de Leones
Aplicación para Asistencia de la Vista

Fecha: _____

Información del Paciente:

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Nombre de Padre/Guardián: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Condado: _____ # en familia: _____

Teléfono de casa: _____ Otro numero & nombre: _____

Información Financiera:

Empleado del Paciente o Padre: _____ Numero de Trabajo: _____

Ingreso: \$ _____ (por hora, semana, mensual). Trabaja el cónyuge? _____ Si contesta Si,

donde trabaja: _____ Teléfono: _____ Sueldo del Cónyuge: \$ _____
(por hora, semana, mensual)

Otro ingreso: \$ _____

Fuente de recursos:(marca todo lo que aplica) Seguro Social, Asistencia Publica, Mantenimiento de Niño
Pensión, otro, especifique: _____

Usted es _____ dueño "o" _____ Renta? Pago mensual/cantidad de renta: \$ _____

Información de Seguro de Salud:

Nombre de compañía de Seguro: _____

de Medicaid o Medicare o Arkids: _____ # Seguro Social _____

Fecha de ultimo examen de ojo: _____ Nombre del doctor que hizo el examen: _____

Si niño, van a la escuela? _____ Donde? _____ Grado: _____

Otro:

Ha recibido usted o el paciente asistencia del Carlisle Club de Leones antes? ___ si ___ no
Si si, cuando _____

Por Favor no escriba debajo de esta linea

Vuelva por favor aplicación completada a: Approved ___ Yes ___ No
Carlisle Lions Club Amount Approved _____
Attn: Sight Chairperson Contacted: ___ Applicant
P.O. Box 421 ___ Dr's Office ___ Treasurer
Carlisle, AR 72024 Date Application Received: _____