Educational Enrichment Foundation

2020-2021
Educational Enrichment Foundation
Focus on Vision Application

FOR EEF USE ONLY

Approved: Yes ☐ No ☐

Voucher Number: _____

If no, reason: _____

PLEASE PRINT LEGIBLY. Complete ALL sections. Incomplete applications will not be considered. Students must meet eligibility requirements. Eligible students may utilize EEF's Focus on Vision program for one eye exam and/or one pair of eyeglasses per rolling 12 month period, if funding is available.

Student's Name: *(Last)*_____ *(First)*_____

Home Telephone Number:_____ Date of Birth:_____ Gender Identity: ☐ Male ☐ Female ☐_____

Student's racial/ethnic identity: ☐ Native American ☐ Black/African American ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Asian ☐ White ☐ Hispanic/Latino ☐ Multiracial

School Name: _____ Grade: _____ Exceptional Education: ☐Yes ☐No

Free/Reduced Meals: ☐Student qualifies for FREE ☐Student qualifies for REDUCED ☐Student does NOT qualify ☐UNSURE if student qualifies

Student is applying for: ☐Eye Exam and Glasses ☐Glasses only ☐Exam only

Does the student have insurance which covers vision care? ☐Yes ☐No If yes, explain:

_____

Has the need for an eye exam/eyeglasses been substantiated by a school administered vision test? ☐Yes ☐No

Have glasses been prescribed for this student at any time in the past? ☐Yes ☐No If yes, provide date of most recent vision exam: _____

******REQUIRED: If most recent vision exam was less than one year ago, please contact the parent to obtain a copy of the student's most recent eyeglasses prescription.******

If the most recent vision exam was less than one year ago, did you obtain a copy of the most recent eyeglasses prescription? ☐Yes ☐No ☐N/A

If no, explain: _____

If student normally wears eyeglasses, check all that apply: ☐Broken Eyeglasses ☐Lost Eyeglasses ☐Prescription > 1 Year Old ☐N/A

Describe any special circumstances EEF should consider when reviewing this application (*e.g. Teacher is concerned that student is struggling to see chalkboard.*):

_____

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: ***By signing below, I certify that the information provided on this application is true and correct to the best of my knowledge.***

_____ _____ _____

Parent/Guardian Name (print) Signature Date

SERVICES ONLY AVAILABLE AT SELECT NATIONWIDE LOCATIONS:

North: 4386 N Oracle Rd Suite #100 (520) 887-4435	**East:** 6572 E Grant Rd #150 (520) 886-6602	**South:** 3788 S 16th Ave (520) 388-9741
Central: 4663 E Speedway Blvd (520) 322-0873	**West:** 1370 N Silverbell Rd #140 (520) 882-7700	**South:** 1785 W Valencia Rd #101 (520) 807-5721

TUSD employee authorizing/submitting this application:

Please submit completed application to programs@eeftucson.org or 325-8579(Fax). Direct questions to EEF by calling 325-8688.

Name (print):_____ Signature:_____ Date:_____

School:_____ Title: _____

Email Address:_____ Phone Number: _____

TUSD employee assigned to accompany student to Nationwide:

Transporting TUSD students to activities off school campus must comply with applicable TUSD policies.

Name (print):_____ Title:_____

School:_____ Phone Number:_____ Email Address:_____

Educational Enrichment Foundation

2020-2021
Educational Enrichment Foundation
Solucitud de Enfoque en la Visión

FOR EEF USE ONLY

Approved: Yes ☐ No ☐

Voucher Number: _____

If no, reason: _____

POR FAVOR IMPRIMA DE MANERA LEGIBLE. No deje secciones en blanco. Las solicitudes incompletas no se tomarán en consideración. Los estudiantes deberán cumplir con todos los requisitos de elegibilidad. 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.

Nombre del Estudiante: *(Apellido)*_____ *(Nombre)*_____

Número de Teléfono en Casa:_____ Fecha de Nacimiento:_____ Identidad de Género: ☐Masculino ☐Femenino ☐_____

Información racial/étnico(a) del estudiante: ☐Nativo Americano(a) ☐Afroamericano(a) ☐Nativo Hawaiano(a)/Polinesia ☐Asiático(a) ☐Blanco(a) ☐Hispano/Latino(a) ☐Multirracial

Nombre de la Escuela:_____Grado:_____ Educación Excepcional: ☐Sí ☐No

El estudiante califica para asistencia de comida: (escoge uno) ☐GRATIS ☐REDUCIDO ☐NO califica ☐INCIERTO si califica

El estudiante está solicitando: ☐Examen de Ojos y Lentes ☐Solamente Lentes ☐Solamente Examen

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

Si es sí, explique:

_____

¿Ha sido justificado un examen de la vista/adaptación de lentes por un examen de la vista administrado por la escuela? ☐Sí ☐No

¿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: 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 aplique: ☐Lentes rotos ☐Lentes perdidos ☐Prescripción > 1 Año pasado ☐N/D

Describa 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.*):

_____

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

SERVICIOS SOLAMENTE DISPONIBLES EN LUGARES SELECCIONADOS DE NATIONWIDE:

Norte: 4386 N Oracle Rd Suite #100 (520) 887-4435	**Este:** 6572 E Grant Rd #150 (520) 886-6602	**Sud:** 3788 S 16th Ave (520) 388-9741
Central: 4663 E Speedway Blvd (520) 322-0872	**Oeste:** 1370 N Silverbell Rd #140 (520) 882-7700	**Sud:** 1785 W Valencia Rd #101 (520) 807-5721

TUSD employee authorizing/submitting this application:

Please submit completed application to programs@eeftucson.org or 325-8579(Fax). Direct questions to EEF by calling 325-8688.

Name (print):_____Signature:_____Date:_____

School:_____Title: _____

Email Address:_____Phone Number: _____

TUSD employee assigned to accompany student to Nationwide:

Transporting TUSD students to activities off school campus must comply with applicable TUSD policies.

Name (print):_____Title:_____

School:_____Phone Number:_____Email Address:_____