



Anteojos para estudiantes Vale del programa – Teton Valley Visión Clínica

Creemos que cada estudiante tiene derecho a una educación excelente, que solo se puede lograr cuando cada estudiante está listo para aprender. Ya que las gafas correctivas son un ingrediente clave para estar listo para aprender, usted ha calificado para recibir un par de anteojos provistos por la Fundación de Educación del Valle de Teton y los patrocinadores participantes, como la Fundación de la Comunidad del Valle de Teton.

El nombre del estudiante: _____

TSD # 401 Escuela y Grado: _____

Lleve este cupón a Teton Valley Vision Clinic en Victor, Idaho y recibirá lo siguiente:

- Examen ocular completo y exhaustivo de un profesional de la vista con licencia.
- Un par de lentes personalizados, según la prescripción requerida.
- Un par de marcos, ofrecidos a partir de una selección incluida en el programa. No todos los marcos que se muestran en la oficina del optometrista están disponibles.
- Garantía de un año en caso de rotura. (TVVC puede cobrar una tarifa nominal directamente al estudiante para reemplazar los lentes perdidos con el primer año).

Optometrista participante

Dr. Thomas Simmons, Teton Valley Vision Clinic - (208) 787-3937

10 Cedron Rd, Victor, ID 83455 (ubicado en la carretera 33 frente a las bicicletas de Fitzgerald).

Calificaciones:

- El fondo está abierto para estudiantes de pre-K-12 que califican para almuerzo gratis o reducido, pero que no tienen seguro a través de Medicaid de Idaho o la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.
- Las familias con Medicaid ya están cubiertas y no necesitan ayuda de este programa.
- Los estudiantes solo pueden recibir un par de anteojos por año calendario a través de este programa. (Los directores pueden recomendar una exención, si existen circunstancias atenuantes.)
- Los estudiantes que reúnan los requisitos recibirán un cupón del director de la escuela para que los lleve a nuestro optometrista participante.
- Los estudiantes deben usar el cupón dentro de los 30 días a partir de la fecha de emisión.

Director de la escuela o consejero

Yo autorizo este cupón basado en las pautas de calificación.

Firma del director o consejero de la escuela _____

Fecha de emisión: _____

School Staff: This program is funded through grants. Please contact the Education Foundation prior to distributing this voucher to ensure there are adequate funds. We must also have a copy of the voucher.