

****IF YOU DO NOT WANT THIS SERVICE FOR YOUR STUDENT, SIGN AND RETURN THIS FORM****



Dear Parent or Guardian:

Vision To Learn is excited to announce that we will come to your child's school to provide vision services to students. This includes a routine vision exam and, if needed, eyeglasses.

All this is available at no cost to you.

About Vision To Learn

Vision To Learn is a non-profit organization working in communities across the U.S. offering vision services to students in support of their academic achievement.

Student Vision Services

Vision screenings will take place at your student's school. If your child does not pass the screening, they will be referred to the Vision To Learn mobile clinic to receive a routine eye exam by a trained and licensed independent optometrist. If needed, your child may also be prescribed glasses. The optometrist may also identify and refer students in need of follow-up vision care. *Eye exams do not involve eye drops or dilation.*

Vision To Learn follows CDC, state and federal regulations including staff daily health screenings, the use of Personal Protective Equipment for staff and students, non-contact exam procedures, enhanced ventilation on clinic, and thorough disinfection between patients. Vision To Learn is committed to following best practices to prioritize the safety of our students.

Student Information for Vision Services

The school will share your child's name, date of birth, gender, parent/guardian name, demographic and contact information, and vision screening results with Vision To Learn. Vision To Learn will share your child's eye exam information with the school. Vision To Learn may also share limited information required to receive programmatic funding from the state.

Medi-Cal Benefit Usage

Receiving vision services provided by Vision To Learn's mobile clinic will constitute a routine eye examination and – as needed – eyeglasses and dispensing of glasses that may be billed to your child's Medi-Cal benefits, if applicable. Please note that a no-cost eye exam and eyeglasses will be provided even if your insurance cannot be billed. You may receive a notice called an Explanation of Benefits (EOB) from your insurance carrier with information regarding the services billed and the payments that have been approved, but you will not receive any bill for the services or eyeglasses.

Glasses

If your child receives a prescription for glasses:

- 1) They will choose a frame
- 2) Vision To Learn will order the glasses
- 3) A trained and licensed optician will dispense glasses at the school within three weeks

*Return this form if you do **not** want your child to receive free vision services.*

If you choose to **opt out** of (or decline) vision services for your student, please complete the information below and return to your child's school by **in the next 3-5 business days**. If we do not receive a signed copy of this form, your child will receive the services.

I **do not** give permission for my child _____ to participate in the Vision To Learn program. (Student Name)

Parent Signature

_____/_____/_____
Date

If you have Vision To Learn program questions, please contact Vision To Learn at the information listed below.

****SI NO QUIERE ESTE SERVICIO
PARA SU ESTUDIANTE, FIRME Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO****



Estimados padres o tutor:

Vision to Learn esta emocionado de anunciar que iremos a la escuela de su hijo para proporcionar servicios de la visión a los estudiantes. Esto incluye exámenes de vista, exámenes oculares de rutina y si es necesario, lentes.

Todo esto está disponible sin costo para usted.

Sobre Vision To Learn

Vision To Learn es una organización sin fines de lucro que trabaja en comunidades de los EE. UU. ofreciendo servicios de la visión a los estudiantes en apoyo de su desempeño académico.

Servicios de la visión para estudiantes

Se llevarán a cabo exámenes de la vista en la escuela de su estudiante. Si su hijo no pasa el examen, será referido a la clínica móvil de Vision To Learn para recibir un examen ocular de rutina de un optometrista independiente con licencia. Si es necesario, también se le pueden recetar lentes a su hijo. El optometrista también puede identificar y referir estudiantes que necesiten atención oftalmológica de seguimiento. *Los exámenes oculares no involucran gotas para los ojos ni dilatación.*

Vision To Learn sigue las regulaciones de los CDC, estatales y federales, incluidas las revisiones de salud diarias al personal, el uso de equipo de protección personal para el personal y los estudiantes y desinfección minuciosa entre pacientes. Vision To Learn se compromete a seguir las mejores prácticas para priorizar la seguridad de nuestros estudiantes.

Información del estudiante para los servicios de la visión

La escuela compartirá el nombre, la fecha de nacimiento, el género, los nombres de los padres/tutor, la información demográfica y de contacto y los resultados de los exámenes de la vista de su hijo con Vision to Learn. Vision To Learn compartirá la información del examen ocular de su hijo con la escuela. Vision To Learn también puede compartir la información limitada requerida para recibir financiación programática del estado.

Uso de los beneficios de Medicaid

Recibir los servicios de la visión proporcionados por este programa constituirá en un examen de la vista de rutina y, si es necesario, lentes y la dispensación de lentes que puede ser facturada a los beneficios Medicaid de su hijo, si corresponde. Por favor considere que se proporcionará un examen de la vista y lentes sin costo incluso si no se pueden facturar a su seguro. Puede recibir un aviso llamado Explicación de beneficios (EOB) de su compañía de seguros con información con respecto a los servicios facturados y los pagos que han sido aprobados, pero no recibirá ninguna factura por los servicios o los lentes.

Lentes

Si su hijo recibe una receta para lentes:

- 1) Ellos elegirán un armazón.
- 2) Vision To Learn ordenará los lentes.

Un óptico con licencia dispensará lentes en la escuela dentro de las 3 semanas.

*Devuelva este formulario si **no** quiere que su hijo reciba servicios de la visión gratuitos.*

Si elige **optar por no** (o declinar) recibir servicios de la visión para su estudiante, por favor complete la información a continuación y devuélvala a la escuela de su hijo **en los próximos 3-5 días hábiles.**

No doy permiso para que mi hijo _____ participe en el programa Vision to Learn.
(Nombre del Estudiante)

Firma de los padres _____

_____/_____/_____
Fecha

Si tiene preguntas sobre el programa Vision To Learn, por favor contacte a Vision To Learn con la información a continuación.