



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

Dear Parent or Guardian:

Your child's School District is excited to partner with Vision To Learn to provide vision services to students. This includes a routine eye exam and, if needed, eye glasses.

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 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 evaluations 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, 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 District 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 District. 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 this program will constitute a routine eye exam and – as needed – eyeglasses and dispensing of glasses that may be billed to your child's Medicaid 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 licensed optician will dispense glasses at the school within 3 weeks

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

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.



****DEVUELVA ESTE FORMULARIO SI NO QUIERE QUE SU HIJO/A
RECIBA SERVICIOS DE VISIÓN GRATUITOS.****

Estimado Padre o Madre o Tutor:

El Distrito Escolar de su hijo se complace en anunciar una nueva asociación con Vision To Learn para proporcionar servicios de visión a los estudiantes. Esto incluye un examen rutinario de la visión y, si es necesario, anteojos.

Todo esto está disponible sin costo alguno para usted.

Acerca de Vision To Learn

Vision To Learn es una organización sin fines de lucro que trabaja en comunidades a lo largo de los Estados Unidos ofreciendo servicios de visión a los estudiantes en apoyo de sus logros académicos, sin costo alguno.

Servicios de visión al estudiante

Los exámenes de visión se llevarán a cabo en la escuela de su estudiante. Si se detecta una brecha durante el examen a su hijo/a, será remitido/a a la clínica móvil de Vision To Learn para recibir un examen rutinario de la vista, realizado por un optometrista independiente y con licencia. Si es necesario, también se le pueden recetar anteojos a su hijo/a. El/la optometrista también puede identificar y remitir a los estudiantes que necesiten un seguimiento de la visión. Los exámenes oculares no incluyen gotas o dilatación de los ojos.

Vision To Learn sigue las regulaciones de los CDC [*Centro de control de enfermedades*] estatales y federales, incluyendo los chequeos de salud diarios del personal, el uso de equipo de protección personal para el personal y los estudiantes, y desinfección completa entre los pacientes. Vision To Learn se compromete a seguir las mejores prácticas para priorizar la seguridad de nuestros estudiantes.

Información para estudiantes de los servicios de visión

El Distrito compartirá el nombre de su hijo/a, fecha de nacimiento, sexo, el nombre del padre/ madre/ tutor, la información demográfica y de contacto, y los resultados de los exámenes de visión con Vision To Learn.

Vision To Learn compartirá la información del examen de la vista de su hijo/a con el Distrito. Vision To Learn también puede compartir la información limitada que se requiere para recibir fondos programáticos del estado.

Usar de Beneficios de Medi-Cal

Recibir servicios de visión proporcionados por la clínica móvil de Vision To Learn constituirá un examen rutinario de la visión y - según sea necesario - la adaptación de lentes y anteojos que pueden ser facturados sobre los beneficios de Medi-Cal de su hijo, si es aplicable. Sin embargo, tenga en cuenta que se proporcionará un examen de la vista y lentes sin costo alguno si no se puede cobrar a sus beneficios de Medi-Cal.

Anteojos

Si su hijo recibe una prescripción para anteojos:

- 1) elegirá una montura.
- 2) Vision To Learn ordenará los anteojos.
- 3) un especialista en óptica entrenado y con licencia entregará los anteojos en la escuela dentro de un período de 2-3 semanas.

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

Si usted decide no optar por (o declinar) los servicios de visión para su estudiante, por favor complete la información de abajo y grégelo a la escuela de su hijo/a en los próximos 3-5 días hábiles.

No permito que mi hijo/a _____ participe en el programa Vision To Learn.
(Nombre del estudiante)

Firma del Padre o Madre

Fecha

Si tiene preguntas sobre el programa Vision To Learn, por favor contacte a Vision To Learn en la información que se indica abajo.