

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



Dear Parent or Guardian:

Your child's school is excited to announce a partnership with Vision To Learn to provide vision services to students. This includes an undilated, comprehensive eye exam and, if needed, eye glasses.

All this is available at no out-of-pocket cost to your family.

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 an independent, licensed 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, and thorough disinfection between patients. Vision To Learn is committed to following best practices to prioritize the safety of our students. All Vision To Learn staff are fully vaccinated.

Student Information for Vision Services

Your program site 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.

Medicaid Benefit Usage Receiving vision services provided by this program will constitute a comprehensive eye exam and – as needed – eyeglasses and dispensing of glasses that will be **billed to your child's 2024-25 Medicaid vision benefit**, 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 is prescribed glasses:

- 1) they will choose a frame
- 2) Vision To Learn will order the glasses
- 3) a trained and licensed optician will dispense glasses within a few weeks

*Return this form if you do **not** want your child to receive no-cost 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 **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.



Estimado padre / madre de familia o tutor(a):

La Escuela de su hijo/a se complace en anunciar una asociación con *Vision To Learn* (Visión para Aprender) para proporcionar servicios de la vista a los estudiantes. Esto incluye un examen rutinario de la vista y, si se requiere, lentes.

Todo esto está disponible a ningún costo para usted.

Acerca de *Vision To Learn* (Visión para Aprender)

Vision To Learn (Visión para Aprender) es una organización sin ánimo de lucro trabajando en comunidades alrededor de EE.UU. para ofrecer servicios de la vista a estudiantes para apoyar sus logros académicos, sin costo.

Servicios de la vista para estudiantes

Se realizarán exámenes visuales de filtro en la escuela de su hijo/a. Si su hijo/a no pasa el filtro, él o ella será referido a la clínica móvil de *Vision To Learn* para recibir un examen básico de la vista por un optometrista independiente capacitado y licenciado. Si es necesario, a su hijo/a también se le puede recetar lentes. El optometrista también podrá identificar y referir a estudiantes en necesidad de seguimiento en el cuidado de la vista. *Los exámenes de los ojos no incluyen gotas ni dilatación.*

Vision To Learn sigue las regulaciones estatales y federales y las del Centro de Control de Enfermedades (CDC), incluyendo los filtros de salud diarios del personal, el uso de Equipo de Protección Personal para el personal y los estudiantes, y desinfección cuidadosa entre pacientes. *Vision To Learn* se compromete a seguir las mejores prácticas para priorizar la seguridad de nuestros estudiantes. Todo personal de *Vision To Learn* ha sido completamente vacunado.

Información del estudiante para servicios de la vista

La escuela compartirá el nombre de su hijo/a, su fecha de nacimiento, género, nombre de padre / madre de familia o tutor(a), información demográfica y de contacto y resultados del examen de vista de filtro con *Vision To Learn*. *Vision To Learn* también podrá compartir información limitada requerida para recibir fondos para el programa 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/a recibe una receta para lentes:

- 1) ella o él elegirá un armazón
- 2) *Vision To Learn* hará el pedido para los lentes
- 3) un óptico capacitado y licenciado despechará los lentes dentro de unas semanas

*Devuelva este formulario si usted **no** quiere que su hijo/a reciba servicios de la vista, sin costo.*

Si usted elige **excluirse** (o rechazar) los servicios de la vista para su hijo/a, favor de completar la información a continuación y devolverlo a la escuela de su hijo/a **en los siguientes 3 a 5 días hábiles.**

Yo **no** doy permiso para que mi hijo/a _____ participe en el programa *Vision To Learn* (Visión para Aprender). (Nombre del/de la estudiante)

Firma de padre / madre o tutor(a)

Fecha

Si tiene preguntas sobre el programa *Vision To Learn*, favor de contactar *Vision To Learn* usando la información a continuación.