

# 2019-2020 Pogram lekòl pou egzamen je ak egzamen pou linèt

6 a 9 SEMÈN POU YON SÈVIS KI PI RAPID EPI KI AN SEKIRITE RANPLI APLIKASYON AN PA TELEFÒN NAN SIT SA A:

[WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG](http://WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG)

<b>HEIKEN PORTAL INFO (For School/Screening Personnel Use Only):</b>	<b>For Heiken Use Only:</b>	Date
County: _____	Acct #:	Entered:
Referring school or agency: _____	Status:	
Teacher _____	Auth. Date:	
Vision Screening: PASS / REFER screening date: _____	Ins:	

Non lekòl la (Konplè) \_\_\_\_\_ Klas \_\_\_\_ No. I.D. elèv la \_\_\_\_\_ Gason  Fi

Non elèv la \_\_\_\_\_ Dat elèv la fèt (Mwa/Jou/Ane) \_\_\_\_\_

Adrès li \_\_\_\_\_ Apatman \_\_\_\_\_ Vil \_\_\_\_\_ Zipkòd \_\_\_\_\_

Telefòn selilè \_\_\_\_\_ Nimewo pou kontakte paran an lajounen \_\_\_\_\_

Non paran oswa moun ki responsab la (karaktè enprimri) \_\_\_\_\_ Imel \_\_\_\_\_

Konbyen moun ki rete nan kay la \_\_\_\_\_ Konbyen kòb ou fè pa ane? \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ .00 Pa ane

Gwoup etnik: Ameriken nwa  Aziyatik  Panyòl  Endyen natif yo  Blan (ki pa panyòl)  Ayisyen  Lòt ras

Lang moun nan pale: Angle  Panyòl  Kreyòl  Pòtigè  Lòt lang

Èske **pitit** ou a janm soufri ak youn nan maladi sa yo:

Èske **fanmi** piti ou a janm gen youn nan maladi sa yo:

WI NON

- Fè egzamen zye ane pase
- Pote linèt
- Operasyon je / Chòk nan je oubyen move kondisyon je
- Terapi pou Je
- Tèt fè mal
- Gloukòm
- Dyabèt
- Anemi
- Opresyon
- Alèji: \_\_\_\_\_
- Medikaman oswa konngout pou net nan je: \_\_\_\_\_
- Andikap/Reta nan devlopman? \_\_\_\_\_
- Bezwen èd (èd youn entèprèt, èd moun ki pale an siy, èd vizyèl, chèz woulant, Bray)

WI NON

- Je vire / Je lou
  - Avèg
  - Pèt vizyon
  - Gloukòm
  - Tansyon
  - Anemi
  - Lòt maladi
- Nenpòt moun nan fanmi an te gen COVID-19 – nan 2 semèn ki sot pase yo**
- Lafyèb, Tous, Gòj fèmal
  - Pa kab pran odè/bouch san gou
  - Te an kontak ak moun ki gen COVID-19
  - Te vwayaje kite peyi Etazini

Ba nou youn esplikasyon pou chak fwa ou reponn “WI” nan kesyon anwo yo: \_\_\_\_\_

**Fòm konsantman pou egzamen je:** - Lè m siyen fòm sa a sa vle di mwen otorize Florida Heiken Children’s Vision Program (FHCVP) bay pitit mwen an tout tretman ki nesèsè pou egzamen je, swa nan lekòl la nan youn klinik mobil oubyen nan biwo ajans k ap patisipe nan Pogram nan.

**Avi pou pwoteksyon vi prive pasyan** -Siyen mwen siyen anba a, sa vle di mwen okouran Avi sou pratik nou nan kesyon vi prive moun nan FHCVP disponib pou mwen kab li yo si m ta mande youn kopi pa telefòn nan (305) 856-9830 oubyen nan 1(888) 996-9847, epi ap gen kamera pou sekirite k ap anrejistre tout sa k ap pase nan inite mobil yo tout tan.

**Echanj enfòmasyon youn ak lòt** – Siyen mwen siyen fòm sa a, sa vle di mwen otorize kote ki finanse FHCVP yo, reprezantan Lekòl leta nan konnti a (CPS) ak lòt ajans k ap tcheke je pitit mwen an, pou yo kab detèmine ki kalite swen pou yo ba li. Mwen otorize lekòl Leta pitit mwen an tou pou l bay nenpòt enfòmasyon ki kab manke oubyen ki kab pa fin klè pandan posesis aplikasyon an. Mwen okouran FHCVP oubyen kote ki ap sibvansyone l yo ou swa lòt antite k ap patisipe nan Pogram nan kapab kontakte mwen pou m bay opinyon m konsènan sèvis pitit mwen an resevwa, san yo pa bezwen konn non m, men mwen gen dwa refize tou si yo kontakte m. \*Mwen/Nou konnen enfeksyon COVID-19 ka fè moun malad, kab fè moun pran kabann pou lontan, oubyen lakòz lanmò epi malgre mwen konn sa mwen pran chans mwen epi mwen wete tout responsablite oubyen demach pou pwosè sou do Komisyon Lekòl Leta nan Konnti a epi sou do FHCVP oswa nenpòt nan doktè l yo oswa anplwaye li yo sizoka piti mwen, oubyen youn moun li rankontre pandan li nan lokal sa yo, ta vin gen rezilta pozitif oubyen ta swadizan pozitif pou viris COVID-19 la oubyen an ka gen okenn aksidan oswa erè ki ta fèt akòz patisipasyon piti mwen nan Pogram FHCVP a.

**WI  NON**  Mwen dakò pou FHCVP pran foto pitit mwen pou kesyon relasyon piblik epi mwen refize tout dwa mwen genyen pou m ta jwenn foto yo kit kounye a kit nan lavni.

**WI  NON**  **Mesaj tèks:** Mwen dakò resevwa tèks oswa imel youn sistèm otomatik va voye ban mwen. M ap gen pou m peye lè m resevwa mesaj tèks oswa dosye elektwonik.

**SIYATI MOUN KI RESPONSAB TIMOUN (Obligatwa)** \_\_\_\_\_ **Dat:** \_\_\_\_\_

**Otorizasyon pou yo sèvi ak asirans medikal timoun nan** —Si yo aksepte asirans medikal pitit mwen an epi yo kab konsilte l nan inite mobil la (sèlman), mwen otorize Pogram pou je Timoun Florida Heiken nan pou li itilize asirans medikal pitit la pou youn egzamen total, kote y ap dilate je li, epi ba li linèt, si yo preskri l sa (sa ap enkli ni monti ni antiy, ak lòt akseswa). Mwen okouran y ap sèvi ak asirans pitit mwen an pou sa.

**SIYATI (Otorizasyon pou yo itilize asirans medikal la)** \_\_\_\_\_ **Dat:** \_\_\_\_\_

Pwogram pou je Timoun Florida Heiken nan se youn òganizasyon ki anplwaye moun selon kalifikasyon li e li pa fè okenn diskriminasyon sou baz ras moun, koulè moun, relijyon moun, zansèt moun nan, laj li, si l se gason si li se fi, si l marye si l pa marye, dezabilite li oubyen si li te militè ou pa. Dènye pase men: 5/21/2020

Si w gen lòt kesyon, silvoulè telephone nan: 1-888-996-9847.

**Lekòl/Ajans: Faks fòm ou konplete ak youn paj kouvèti Heiken nan nimewo sa yo (305)856-9840 / 1(888)980-8474**

# 2020-2021 No Cost Eye Exam & Eyeglasses School Program

**FOR 6-9 WEEK FASTER PROCESSING, APPLY ON YOUR PHONE AT: [WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG](http://WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG)**

<b>HEIKEN PORTAL INFO (For School/Screening Personnel Use Only):</b> County: _____ Referring school or agency: _____ Teacher _____ Vision Screening: <b>PASS / REFER</b> screening date: _____	<b>For Heiken Use Only:</b> Acct #: _____ Date Entered: _____ Status: _____ Auth. Date: _____ Ins: _____
--	--

Complete School Name \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ Student I.D. \_\_\_\_\_ Male/Female \_\_\_\_\_  
 Student's Name \_\_\_\_\_ Student's Date of Birth (MM/DD/YY) \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_  
 Cell Phone \_\_\_\_\_ Parent's Day Phone \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name (print) \_\_\_\_\_ Email Address \_\_\_\_\_  
 # of People in Household \_\_\_\_\_ Annual Income \$ \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ .00 Per Year

**Ethnicity:** African-American  Asian  Hispanic  Native-American  White (non-Hispanic)  Haitian  Other

**Spoken Language:** English  Spanish  Creole  Portuguese  Other  \_\_\_\_\_

Has your **child** had/have any of the following:

YES NO

- Eye Exam in the last year
- Wears Glasses
- Eye Surgery/Injury or Condition
- Vision Therapy
- Headaches
- Glaucoma
- Diabetes
- Sickle Cell
- Asthma
- Allergies \_\_\_\_\_
- Any Medication or Eye Drops: \_\_\_\_\_
- Special needs/development delays? \_\_\_\_\_
- Require any auxiliary aids (such as interpreter, sign language, visual aids, wheelchair, Braille) \_\_\_\_\_

Please explain any "YES" answers from above: \_\_\_\_\_



Has your child's **family** had any of the following:

YES NO

- Eye Turn / Lazy Eye
- Blindness
- Macular Degeneration
- Glaucoma
- High Blood Pressure
- Sickle Cell

**COVID-19 – any family member within 2 wks**

- Fever, Cough, Sore Throat
- Loss of smell/taste
- Contact with anyone diagnosed with COVID-19
- Traveled out of USA

**Consent for eye examinations** - By signing below, I authorize the Florida Heiken Children's Vision Program (FHCVP) to provide my eligible child with a comprehensive dilated eye examination, either at school site by a mobile Optometrist or the office of an assigned participating provider.

**Notice of privacy practices** – By signing below, I understand that the Notice of Privacy Practices for the FHCVP is available for review if I should request a copy via phone at (305)856-9830 / 1(888)996-9847, and that security cameras are in use and recording on all mobile units at all times.

**Mutual exchange of information** – By signing below, I authorize the mutual release of information among the FHCVP, its funders, my County Public Schools (CPS), and participating providers of any and all optometry medical reports on my child, to determine appropriate care. I also authorize my CPS to release any required information that may be missing or unclear to process this application. I understand that I may be contacted by FHCVP or its funders to provide an anonymous opinion about the services received, but I have the right to refuse to participate if contacted.

\*I/We understand that COVID-19 infection can lead to illness, disability, or even death and knowingly take the risk and release and hold harmless the County School Board and FHCVP or any of its doctors or staff of any and all responsibility and liability for any injury or claim should my child, or someone he/she comes in contact with, become positive or presumptively positive diagnosed with the COVID-19 virus or because of accident or mishap involving the participation of my child/ward resulting from participation in the FHCVP.

**YES**  **NO**  I allow my child to be photographed by FHCVP for public relations purposes, and waive any/all present/future claims to the photos.

**YES**  **NO**  **Text Messages:** I consent to receive text and email messages regarding program participation. Message and data rates may apply.

**SIGNATURE of LEGAL GUARDIAN (required)** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Authorization to use insurance benefits** —If my child has an insurance plan that is accepted and has an opportunity to be seen on a mobile unit visit (only), I hereby authorize Florida Heiken Children's Vision Program to use my child's insurance for a comprehensive, dilated eye exam, and eyeglasses, if prescribed (includes selected frames, clear poly lenses, and no add-ons). I understand this will use my child's insurance vision benefit.

**SIGNATURE (Authorization to use insurance benefits)** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

For any questions, please call 1-888-996-9847.

**School/Agency: Please fax completed form with Heiken Fax Cover Sheet to (305)856-9840 / 1(888)980-8474**

The Florida Heiken Children's Vision Program is an equal opportunity organization and does not discriminate against otherwise qualified applicants on the basis of race, color, religion, ancestry, age, sex, marital status, national origin, disability or veteran status.

Revised 5.20.2020

# 2020-2021 Programa gratuito para exames de visão e óculos nas escolas

PARA PROCESSAMENTO RÁPIDO DE 6-9 SEMANAS, APLICAR NA PÁGINA WEB: [WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG](http://WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG)

<b>HEIKEN PORTAL INFO (For School/Screening Personnel Use Only):</b> County: _____ Referring school or agency: _____ Teacher _____ Vision Screening: PASS / REFER screening date: _____	<b>For Heiken Use Only:</b> Acct #: _____ Status: _____ Auth. Date: _____ Ins: _____	Date Entered: _____
---	--	---------------------

Escola \_\_\_\_\_ Serie \_\_\_\_ identificação do aluno \_\_\_\_\_ Masculino / Feminino  
 Nome do aluno \_\_\_\_\_ Data de nascimento do aluno (MM/DD/AA) \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ Apartamento \_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Número do celular \_\_\_\_\_ Número de dia: \_\_\_\_\_  
 Nome dos Pais / Responsável \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
 # de pessoas em casa \_\_\_\_\_ Rendimento Anual \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ .00

**Etnicidade:** Afro-Americano  Asiático  Hispânico  Nativo-Americano  Branco (não Hispânico)  Haitiano  Outro

**Idioma:** Inglês  Espanhol  Creole  Português  Outros  \_\_\_\_\_

Seu **filho** teve/tem algum dos seguintes:

SIM NÃO

- Exames de visão no ano passado?
- Usa óculos
- Cirurgia Ocular / Lesão
- Terapia da visão
- Dores de cabeça
- Glaucoma
- Diabetes
- Célula cancerosa
- Asma
- Qualquer medicação: \_\_\_\_\_
- Alergias: \_\_\_\_\_
- Necessidade especial/atraso no desenvolvimento ou crescimento? \_\_\_\_\_
- O seu filho precisa de ajuda auxiliar (como intérprete, linguagem de sinais, problemas visuais, cadeira de rodas, Braille?)



A **família** do seu filho teve algumas das seguintes:

SIM NÃO

- Olho virado ou estrabismo
- Cegueira
- Degeneração macular
- Glaucoma
- Pressão alta
- Outros problemas

**COVID-19 – Algum membro da**

**família nas últimas duas semanas apresentou:**

- Febre, tosse, dores de garganta
- Perda de olfato/paladar
- Exposição a alguém com COVID
- Viajou fora dos EUA

Por favor, explique todas as respostas se forem “SIM” acima citadas: \_\_\_\_\_

**Consentimento para exame de visão** - Assinando abaixo, eu atesto que sou o pai ou responsável legal dessa criança, e autorizo a Florida Heiken Children's Vision Program (FHCVP) a fornecer à minha criança qualificada um exame de visão completo e o dilatamento dos olhos, seja no local da escola, por um Optometrista móvel ou ir ao consultório de um optometrista qualificado pelo FHCVP.

**Aviso de práticas de privacidade** – Assinando abaixo, entendo que a Notificação de Práticas e de Privacidade para a FHCVP está disponível para revisão se eu solicitar uma cópia via telefone (305) 856-9830 ou 1 (888) 996-9847 e que as câmeras de segurança estão em uso, e a gravação em todas as unidades móveis em todos os momentos.

**Troca mútua de informação** – Assinando abaixo, autorizo a liberação mútua de informações entre as FHCVP, seus financiadores, minhas Escolas Públicas do Condado (CPS) e os provedores participantes de todos os relatórios médicos de optometria do meu filho/filha, para determinar os cuidados apropriados. Eu também autorizo meu CPS a liberar qualquer informação necessária que possa estar faltando ou não esteja clara para processar este aplicativo. Entendo que posso ser contactado pela FHCVP ou por seus financiadores para fornecer uma opinião anônima sobre os serviços recebidos, mas tenho o direito de me recusar a participar, caso seja contactado. Nós liberamos e isentamos o Conselho Escolar do Condado de toda e qualquer responsabilidade por qualquer dano ou reivindicação resultante da participação no FHCVP devido a acidente ou contratempo envolvendo a participação de meu filho/filha no programa.

\*Eu/Nós reconhecemos que infecção por COVID-19 pode levar a doença, incapacidade ou até morte e, por reconhecermos esse risco, libertamos e não responsabilizamos o County School Board e FHCVP, ou qualquer um dos seus doutores e funcionários de qualquer responsabilidade e culpa por qualquer ferimento ou acusação de qualquer pessoa que entre em contato com o meu filho/a, seja responsável pelo contágio de COVID-19, caso o meu filho/a se torne caso positivo e diagnosticado com o vírus COVID-19 ou por acidente envolvendo a participação do meu filho/a no FHCVP.

**SIM**  **NÃO**  Concordo em permitir que o meu filho / filha seja fotografado pelo programa FHCVO para fins de relações públicas com suas fotos.

**SIM**  **NÃO**  **Mensagens de texto:** Concordo em receber mensagens de texto e email enviados por sistema automático. Taxa no envio destas mensagens pode variar.

**ASSINATURA LEGAL DO GUARDIÃO (Obrigatório)** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

**Autorização para usar os benefícios do plano de saúde** - Se o meu filho tiver um plano de saúde aceito a oportunidade de ser visto em uma unidade móvel (somente), autorizo o Programa de Visão Infantil da Heiken da Flórida a usar o seguro do meu filho para um seguro abrangente, exame de visão e óculos, se prescritos (inclui armação selecionadas, lentes transparentes e sem acréscimos). Entendo que isso usará o benefício de visão do plano de saúde do meu filho.

**ASSINATURA (Autorização para usar os benefícios do seguro)** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

Para qualquer dúvida, ligue para 1-888-996-9847.

**Agência escolar: Por favor, envie um fax com a folha Heiken para (305 ) 856-9840 ou 1 (888) 980-8474.**

# 2020-2021 Programa Escolar de Exámenes de la Vista y Anteojos Gratuitos

Para 6-9 semana procesamiento más rápido y seguro, aplica en su móvil en [WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG](http://WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG)

<b>HEIKEN PORTAL INFO (For School/Screening Personnel Use Only):</b> County: _____ Referring school or agency: _____ Teacher _____ Vision Screening: <b>PASS / REFER</b> screening date: _____	<b>For Heiken Use Only:</b> Acct #: _____ Date Entered: _____ Status: _____ Auth. Date: _____ Ins: _____
--	--

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_ Numero de Identificación: \_\_\_\_\_ Masculino /Feminina  
 Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento del estudiante (MM/DD/YY) \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Teléfono del Padre \_\_\_\_\_  
 Nombre de Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_  
 # Personas en casa \_\_\_\_\_ Ingresos anuales \$ \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ **.00 Por Ano**

**Raza:** Afro-Americano  Haitiano  Hispano  Nativo Americano  Blanco (no-Hispano)  Asiático  Otro

**Idioma Preferido:** Español  Inglés  Creole  Portugues  Otro  \_\_\_\_\_

Su **hijo(a)** tiene/o ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

Algún **integrante de la familia** del menor ha tenido alguna de estas condiciones :

SÍ NO

- Examine de la vista en el último año
- Usa espejuelos
- Cirugía en los ojos/ lesión
- Terapia Visual/Parches en los ojos
- Dolores de cabeza
- Glaucoma
- Diabetes
- Células Falciforme
- Asma
- Alergias \_\_\_\_\_
- Medicamento o eye drops \_\_\_\_\_
- Ecesidades especiales o retrasos? \_\_\_\_\_
- Requiere alguna asistencia auxillar (intérprete, lengua de signos, visual, silla de ruedas, sistema Braille) \_\_\_\_\_

SÍ NO

- Desviación de ojo/estrabismo
- Ceguera
- Degeneración Macular
- Glaucoma
- Presion arterial alta
- Células Falciforme



**COVID-19—miembro de fam. dentro de 2 sem.**

- Fiebre, Tos, Dolor de garganta
- Pérdida de olfato / sabor.
- Contacto con cualquiera diagnosticado con COVID-19
- Viajó fuera de los EEUU

Por favor, explicar sobre las repuestas “Si” : \_\_\_\_\_

**El consentimiento para examen de los ojos** - Al firmar abajo, autorizo al Florida Heiken Children’s Vision Program (FHCVP) para ofrecer a mi niño(a) un examen ocular completo, incluyendo la dilatación, sea en la escuela por un optometrista en la unidad móvil o en la oficina de un proveedor asignado.

**Aviso de Prácticas de Privacidad** – Comprendo que el aviso de prácticas de privacidad para el FHCVP de Miami Lighthouse está disponible para su revisión. Si desea solicitar una copia por favor llame al teléfono 305-856-9830/1(888)996-9847, y que las cámaras de seguridad están en uso y en grabación en todas las unidades móviles en todo momento.

**Intercambio de Información** – Al firmar abajo, autorizo intercambio de información entre el FHCVP, sus fundadores, y mis Escuelas Públicas del Condado (EPC) de todos los informes médicos de optometría de mi hijo(a) a los proveedores de programas participantes para determinar el cuidado apropiado. También autorizo a la EPC de divulgar cualquier información requerida anteriormente que puede estar incompleta para procesar esta solicitud. Yo entiendo que podre ser contactad@ por FHCVP o sus fundadores para proveer una opinión anónima sobre los servicios recibidos, pero tengo el derecho a no participar si soy contactad@.

\* Yo / Nosotros liberáramos a la Junta Escolar del Condado de cualquier responsabilidad por cualquier daño o reclamación resultantes de la participación en el FHCVP debido a un accidente como resultado de la participación de mi hijo(a) / protegido en el programa.

\* Yo / Nosotros entendemos que la infección de COVID-19 puede conducir a una enfermedad, discapacidad o incluso la muerte, y a sabiendas corremos el riesgo y liberamos y exoneramos de responsabilidad a la Escuelas Públicas del Condado y al FHCVP o cualquiera de sus médicos o personal cualquier lesión o reclamo si mi hijo, o alguien con quien entra en contacto, se vuelve positivo o presuntamente positivo diagnosticado con el virus COVID-19 o debido a un accidente o percance que involucra la participación de mi hijo / pupilo como resultado de la participación en el FHCVP.

**Sí**  **No**  Yo autorizo que mi hijo(a) sea fotografiado por FHCVP para propósitos de relaciones públicas, y renuncio a cualquier/todos presente / futuro derechos a reclamos a las fotos.

**Sí**  **No**  Mensajes de texto: Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto y correo electrónico con respecto a la participación en el programa. Se pueden aplicar tarifas por mensajes y datos.

**FIRMA DEL PADRE/TUTOR (Required)** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Autorización para presentar reclamaciones de seguro**—Si el plan de seguro que mi hijo(a) o hija tiene es aceptado y mi hijo(a) tiene la oportunidad para un examen de visión realizado en la unidad móvil (solamente), autorizo el FHCVP a facturar el seguro de mi hijo(a) para un examen de visión comprensivo y dilatación y si están prescrito, anteojos (incluye monturas de anteojos seleccionados, lentes poli claras y no incluyendo modificaciones). Entiendo que utilizará el beneficio del seguro para la visión de mi hijo(a).

**FIRMA (Autorización para usar los beneficios del seguro)** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

El programa de Visión Infantil Heiken de la Florida es una organización de igualdad de oportunidades y no discrimina a los solicitantes que reúna los requisitos sobre la base de raza, color, religión, ascendencia, edad, sexo, estado civil, origen nacional, discapacidad o estado de veterano. Revised 2.25.2019

Para más información, llame al 1-888-996-9847.

**School/Agency: Please fax completed form with Heiken Fax Cover Sheet to (305)856-9840 / 1(888)980-8474**