

# Programa de Servicios para Niños con Necesidades de Salud Especiales (CSHCN) Formulario de Certificación del Cliente para Lentes Cuidado de Visión



Se debe guardar este formulario en el archivo del cliente. *No remita este formulario con su reclamación.*

Si necesita ayuda para rellenar este formulario, llame a la línea de TMHP — Programa de Servicios CSHCN al 1-512-514-3000, opción 2, ó 1-800-568-2413.

*Escriba la información solicitada a continuación a máquina o en letra de molde.*

## Información del cliente

Primer nombre:	Apellido:
Número del Programa de Servicios CSHCN: 9- _____ -00	Fecha de nacimiento:
Dirección/ciudad/estado/código postal:	
Diagnosis:	

## Certification

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que:  
(Nombre en letra de molde del cliente del Programa de Servicios CSHCN)

*Marque todos los que apliquen*

- Me ofrecieron una selección de lentes usables sin costo mío pero yo quería un estilo o tipo de lentes que costaron más de lo que ofreciera el Programa de Servicios CSHCN. *Me haré responsable del balance.*  
Las selecciones que hice de lentes usables que costaron más de lo que ofreciera el Programa de Servicios CSHCN fueron:
1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
  4. \_\_\_\_\_
- Los lentes que se reemplazarán se perdieron o se destruyeron sin querer.
- Recogí o recibí los lentes.

Firma del cliente, padre, o representante del cliente:	Fecha:
Firma del testigo:	Fecha:
Firma del proveedor:	Fecha:
Número TPI — CSHCN del proveedor:	Número NPI del proveedor: