Dear Patient or Parent / Guardian,

ACE is committed to empowering sight and achieving a community where access to vision care is no longer a barrier to human achievement. Through our work providing access to high quality eye care, eyewear, and eye surgery to the underserved and uninsured population of Kern County, we help fuel people’s potential by helping them see clearly.

Through ACE’s work, we have met some extraordinary individuals who inspire us every day and we know there are many more out there. Because of this, on a case-by-case basis, ACE provides grants and/or highly subsidized eyecare services to Kern County residents who demonstrate an extraordinary need and hardship. Recipients will receive the needed eye care services and the chance to share their story and inspire others in Kern County.

If you are interested in receiving services through this grant program, please complete the application forms enclosed and submit them to ACE for consideration.

Kind regards,

Justin L. Cave, MPA
ACE Eyecare, Inc.
Advanced Center for Eyecare
REQUIRED FINANCIAL HARDSHIP DOCUMENTATION

ACE Eyecare, Inc., and its affiliate, Advanced Center for Eyecare, (collectively, “ACE”) abides by its contractual and legal obligations to the health benefit plans to collect charges, co-pay, co-insurance, and deductible amounts owed by patients. Recognizing that circumstances may arise where an individual is unable to pay in full at the time of service, ACE has adopted a policy of screening requests for discounts, delayed payment plans, or forgiveness of debt based on individual circumstances. In order to do this, we must ask for certain financial information. Please complete the enclosed forms to the best of your ability and provide the applicable required supporting documentation below. All information will be confidential as per ACE’s privacy policy.

Required documentation:

1. Completed and signed grant application
2. Copies of ANY AND ALL HEALTH INSURANCE CARDS or denial letters/statements that the patient may have from Medi-Cal, Medicare or Covered California
3. If you are not currently employed, please include proof of unemployment insurance, state disability, SSI or social security
4. If you and/or a household member are employed, please include a copy of the last two pay stubs for each working household member
5. Most recent bank statement(s)
6. Mortgage statement or rental/lease agreement
7. Most recent school transcript, if applicant is a student
8. If you are being referred by a provider outside of ACE, please attach a referral note from that provider
9. Completed and signed Media Release & Waiver

All documentation must be received along with this application. Complete applications are reviewed once a month by the ACE grant committee and applicants will be contacted when a decision has been reached or if additional documentation is required. It is important for applicants to respond to requests or inquiries by the grant committee, as lack of communication will be considered an abandonment of the application. An approved grant application is generally valid for 90 days and covers only the specific procedure, service, or assistance requested. This validity period may be extended at the grant committee’s sole discretion. Should an applicant require multiple procedures or services, the grant committee may require separate applications.

If you are unable to provide some of the required information, please explain why:

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

By signing below, I certify that I have read and understood these requirements.

Patient or Parent / Guardian Name    Patient or Parent / Guardian Signature    Date

ACE Grant Application rev. 02/26/2020
# GRANT APPLICATION

## PATIENT

<table>
<thead>
<tr>
<th>Name:</th>
<th>Date of Birth:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Social Security Number:</td>
<td>Phone:</td>
</tr>
<tr>
<td>Street Address, City, State, Zip:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Email:</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Medical Insurance: |  □ none | Subscriber #: |
| Vision Insurance: |  □ none | Subscriber #: |

## PARENT OR GUARDIAN

(if patient is a minor)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Name:</th>
<th>Date of Birth:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Social Security Number:</td>
<td>Phone:</td>
</tr>
<tr>
<td>Email:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Street Address, City, State, Zip:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Relationship to Patient:</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

## PATIENT OR PARENT / GUARDIAN

**EMPLOYMENT**

- □ Employed (□ Full-Time / □ Part-Time / □ Seasonal)  □ Unemployed since (mm/yy) __________

Please provide information about your current employer, or your most recent employer if you are unemployed:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Employer Name:</th>
<th>Employer Phone:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Employer Street Address, City, State, Zip:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Employed Since (mm/yy):</td>
<td>Pay:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

If you are unemployed, check all that apply below:

- □ Actively Looking for Work  □ Student (□ Full-Time / □ Part-Time)  □ Retired  □ Family Caregiver
- □ Temporarily Unemployed (reason: ____________________________________________)

ACE Grant Application rev. 02/26/2020
PATIENT OR PARENT / GUARDIAN
PUBLIC ASSISTANCE AND SOCIAL INSURANCE

Check all public assistance and social insurance programs you are currently a recipient of:

- [ ] SSI
- [ ] Disability
- [ ] MediCal
- [ ] CalFresh
- [ ] SNAP
- [ ] WIC
- [ ] CalWORKS
- [ ] Paid Family Leave (PFL)
- [ ] Unemployment
- [ ] Workers’ Compensation
- [ ] Other ______

PATIENT OR PARENT / GUARDIAN
MARITAL STATUS

- [ ] Single
- [ ] Married
- [ ] Divorced
- [ ] Widowed

SPOUSE OR DOMESTIC PARTNER

<table>
<thead>
<tr>
<th>Name:</th>
<th>Date of Birth:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Social Security Number:</td>
<td>Phone:</td>
</tr>
<tr>
<td>Street Address, City, State, Zip:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Relationship to Patient:</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

SPOUSE OR DOMESTIC PARTNER
EMPLOYMENT

- [ ] Employed ( [ ] Full-Time / [ ] Part-Time / [ ] Seasonal)  
- [ ] Unemployed since (mm/yy) ______

Please provide information about current employer, or most recent employer if unemployed:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Employer Name:</th>
<th>Employer Phone:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Employer Street Address, City, State, Zip:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Employed Since (mm/yy):</td>
<td>Pay:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

If unemployed, check all that apply below:

- [ ] Actively Looking for Work  
- [ ] Student ( [ ] Full-Time / [ ] Part-Time)  
- [ ] Retired  
- [ ] Family Caregiver
- [ ] Temporarily Unemployed (reason: _____________________________________________)

ACE Grant Application rev. 02/26/2020 3
HOUSEHOLD INCOME AND EXPENSES

Please list and add up your household’s average **monthly income and expenses** over the last twelve months. For amounts paid annually, enter the amount divided by twelve.

<table>
<thead>
<tr>
<th>INCOME</th>
<th>EXPENSES</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Employment</td>
<td>Mortgage or Rent</td>
</tr>
<tr>
<td>Unemployment</td>
<td>Transportation</td>
</tr>
<tr>
<td>Social Security and/or SSI</td>
<td>Utilities</td>
</tr>
<tr>
<td>Pension and/or State Disability</td>
<td>Food</td>
</tr>
<tr>
<td>All Other Income</td>
<td>All Other Expenses</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total Monthly Income</strong></td>
<td><strong>Total Monthly Expenses</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**HOUSEHOLD ASSETS**

Do you have any of the following assets? If yes, please provide current balance / value.

- Checking Account  
  - Yes  
  - No  
  - Balance $____________________

- Savings Account  
  - Yes  
  - No  
  - Balance $____________________

- Stocks, Investments  
  - Yes  
  - No  
  - Value $____________________

- Property (other than primary residence)  
  - Yes  
  - No  
  - Value $____________________

**GENERAL HOUSEHOLD INFORMATION**

What is your current housing situation?

- Owned Home/Condo/Apartment
- Rented Home/Condo/Apartment
- Skilled Nursing Facility
- Public Housing/Shelter
- Living with family/friends*
- Homeless

*If you live with family or friends, do they own or rent their Home/Condo/Apartment?  
  - Own  
  - Rent

How many persons live in your household? _____  How many attend school? ____  How many work? _____
Please describe what services and assistance you are seeking to receive through the ACE Grant. (Please attach additional pages, if needed.)

____________________________________________________________________________________________________________________________________________________

____________________________________________________________________________________________________________________________________________________

____________________________________________________________________________________________________________________________________________________

How would receiving these services and assistance impact your life? (Please attach additional pages, if needed.)

____________________________________________________________________________________________________________________________________________________

____________________________________________________________________________________________________________________________________________________

____________________________________________________________________________________________________________________________________________________

What additional information would you like us to consider? (Please attach additional pages, if needed.)

____________________________________________________________________________________________________________________________________________________

____________________________________________________________________________________________________________________________________________________

____________________________________________________________________________________________________________________________________________________

ACKNOWLEDGEMENT

By signing below, I certify that this information is true and complete to the best of my knowledge. I grant ACE permission to verify this information, including a credit report, income and monetary assets, and acknowledge that completion of this form does not guarantee a grant, discount, payment plan, or forgiveness of debt.

Patient or Parent / Guardian Name ______________________ Patient or Parent / Guardian Signature ______________________ Date __________

FOR ACE USE ONLY

☐ Approved: __________________________________________

☐ Denied: ____________________________________________

Reviewer Signature: ______________________ Review Date: __________

ACE Grant Application rev. 02/26/2020
Media Release & Waiver

To help further develop our programs and services, ACE Eyecare, Inc. and Advanced Center for Eyecare sometimes would like to photograph patients, disseminate information about patients, or interview patients for the purposes of publicity, advertising, and/or promotion via television, film, video, audio tape, print or electronic media. Written consent is required for the patient’s participation and appearance in such a still photograph and/or audio-visual programming.

By signing below, you give your consent to ACE Eyecare, Inc. and Advanced Center for Eyecare, its staff, its agents, as well as OneSight and all other ACE partners, affiliates and assignees, to use your and/or the patient’s name, age, comments, photograph and likeness in order to promote ACE Eyecare, Inc. and Advanced Center for Eyecare’s work and mission via television, film, video, audio tape, print and/or electronic media. You waive any right to control approval, use, or reuse such still photographs or audio-visual programming. On behalf of yourself and/or the patient you also waive any rights to fees, royalties, or other compensation, which may arise from the participation in the still photograph or audio-visual programming under the laws of the United States or any state thereof, or under the laws of any other nation or jurisdiction. If the patient is under 18 years of age, you also certify that you are the legal guardian of the patient with the right to give this consent. You understand that you and/or the patient stated below may be photographed or videotaped, may be called upon by journalists to answer questions about your/their involvement with ACE Eyecare, Inc. and Advanced Center for Eyecare, and will also allow ACE Eyecare, Inc. and Advanced Center for Eyecare to contact your and/or the patient stated below for media responses or comments.

Patient Name: ____________________________  Patient Signature: ____________________________

Guardian Name: ____________________________  Guardian Signature: ____________________________
(if patient is under 18)

Please provide us with the information below:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Street Address:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>City:</td>
</tr>
<tr>
<td>Phone Number:</td>
</tr>
<tr>
<td>Email Address:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Administration Use Only:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Date:</th>
<th>Media/Picture Taken By:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Location:</td>
<td>Sign Off By:</td>
</tr>
<tr>
<td>Media to be used for:</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Please provide us with the information below:
Estimado paciente o padre / tutor,

ACE se compromete al empoderamiento de la vista y el logro de una comunidad donde el acceso al cuidado de la vista ya no es una barrera para el éxito humano. Ayudamos a aumentar el potencial de las personas, al ayudarlas a ver con claridad. Brindamos acceso al cuidado de la vista de alta calidad, lentes y cirugía ocular a la población marginada y sin seguro en el Condado de Kern.

Hemos conocido a personas extraordinarias que nos inspiran todos los días, y sabemos que hay muchas más. Debido a esto, caso por caso, ACE brinda subvenciones y/o servicios altamente subsidiados del cuidado de la vista a los residentes locales que demuestran una necesidad y dificultad extraordinaria. Los beneficiarios recibirán los servicios necesarios y la oportunidad de compartir su historia e inspirar a otros en el Condado de Kern.

Si está interesado en recibir servicios a través de este programa de subvención, complete los formularios de solicitud adjuntos y envíe los a ACE para su consideración.

Saludos cordiales,

Justin L. Cave, MPA
ACE Eyecare, Inc.
Advanced Center for Eyecare
DOCUMENTACIÓN DE DIFICULTAD FINANCIERA REQUERIDA

ACE Eyecare, Inc., y su afiliada, Advanced Center for Eyecare, (colectivamente, "ACE") cumple con sus obligaciones contractuales y legales con los planes de beneficios de salud para cobrar cargos, copagos, coseguros y deducibles debido por los pacientes. Al reconocer que pueden surgir circunstancias en las que una persona no pueda pagar el monto total en el momento del servicio, ACE ha adoptado una política de selección de solicitudes de descuentos, planes de pago diferido o condonación de deudas en función de las circunstancias individuales. Para hacer esto, debemos solicitar cierta información financiera. Complete los formularios adjuntos lo mejor que pueda y proporcione la documentación requerida. Toda la información será confidencial según la política de privacidad de ACE.

Documentos requeridos:

1. Solicitud de subvención completada y firmada.
2. Copias de CUALQUIER Y TODAS TARJETAS DE SEGURO o declaraciones de denegación que el paciente tenga de Medi-Cal, Medicare o Covered California.
3. Si no está empleado actualmente, incluya un comprobante de seguro de desempleo, discapacidad del estado, SSI o Seguro Social.
4. Si usted y / o un miembro de la familia tienen empleo, incluya una copia de los dos últimos talones de cheques de cada miembro de la familia que trabaja.
5. Estados de cuentas más recientes
6. Declaración de ipoteca o contrato de alquiler / arrendamiento
7. Expedientes académicos más recientes, si el solicitante es un estudiante
8. Si está siendo referido por un médico fuera de ACE, adjunte una nota de referencia de ese médico
9. Renuncia y Exención de Medios completada y firmada.

Toda la documentación debe ser recibida junto con esta solicitud. Las solicitudes completas son revisadas una vez al mes por el comité de subvención de ACE y los solicitantes serán contactados cuando se llegue a una decisión o si se requiere documentación adicional. Es importante que los solicitantes respondan a las solicitudes o consultas del comité de subvenciones, ya que la falta de comunicación se considerará un abandono de la solicitud. Una solicitud de subvención aprobada generalmente es válida por 90 días y cubre solo el procedimiento, servicio o asistencia específicos solicitados. Este período de validez puede extenderse a discreción exclusiva del comité de subvenciones. Si un solicitante requiere múltiples procedimientos o servicios, el comité de subvención puede requerir solicitudes distintas.

Si no puede proporcionar la información solicitada, explique por qué:

____________________________________________________
____________________________________________________

Al firmar a continuación, certifico que he leído y comprendido estos requisitos de documentación.

_________________________ ____________
Nombre del paciente o padre / tutor Firma del paciente o padre / tutor Fecha

Solicitud de Subvención de ACE rev. 02/26/2020
# SOLICITUD DE SUBVENCIÓN

## PACIENTE

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre:</th>
<th>Fecha de nacimiento:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Número de seguro social:</td>
<td>Teléfono:</td>
</tr>
<tr>
<td>Dirección, ciudad, estado, código postal:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Email:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Seguro médico:</td>
<td>☐ ninguno</td>
</tr>
<tr>
<td>Seguro de visión:</td>
<td>☐ ninguno</td>
</tr>
</tbody>
</table>

## PADRE O TUTOR

(si el paciente es menor de edad)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre:</th>
<th>Fecha de nacimiento:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Número de seguro social:</td>
<td>Teléfono:</td>
</tr>
<tr>
<td>Email</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Dirección, ciudad, estado, código postal:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Relación con el paciente:</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

## PACIENTE O PADRE / TUTOR

### INFORMACIÓN DE EMPLEO

- ☐ Empleado (☐ Completo / ☐ Parcial / ☐ Estacional)    ☐ Desempleado desde (mm/yy) ______________

Por favor proporcione información sobre su empleador actual o su empleador más reciente si está desempleado:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del empleador:</th>
<th>Teléfono del empleador:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dirección del empleador:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Empleado desde (mm/yy):</td>
<td>Pago:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Si está desempleado, marque todos los que se aplican a continuación:

- ☐ Buscando trabajo activamente    ☐ Estudiante (☐ Completo / ☐ Parcial)    ☐ Retirado    ☐ Cuidador familiar
- ☐ Temporalmente desempleado (razón:___________________________________________________________)

Solicitud de Subvención de ACE rev. 02/26/2020
PACIENTE O PADRE / TUTOR
ASISTENCIA PÚBLICA Y SEGURO SOCIAL

Marque todos los programas de asistencia pública y de seguro social que recibe actualmente:

- [ ] SSI
- [ ] Discapacidad
- [ ] MediCal
- [ ] CalFresh
- [ ] SNAP
- [ ] WIC
- [ ] CalWORKS
- [ ] Permiso Familiar Pagado (PFL)
- [ ] Desempleo
- [ ] Compensación de Trabajadores
- [ ] Otro

PACIENTE O PADRE / TUTOR
ESTADO CIVIL

- [ ] Soltero
- [ ] Casado
- [ ] Divorciado
- [ ] Viudo

ESPOSO O SOCIO DOMESTICO

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre:</th>
<th>Fecha de nacimiento:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Número de seguro social:</td>
<td>Teléfono:</td>
</tr>
<tr>
<td>Dirección, ciudad, estado, código postal:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Relación con el paciente:</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

ESPOSO O SOCIO DOMESTICO
INFORMACIÓN DE EMPLEO

- [ ] Empleado ([ ] Completo / [ ] Parcial / [ ] Estacional)
- [ ] Desempleado desde (mm/yy) ____________

Por favor proporcione información sobre el empleador actual o el empleador más reciente si está desempleado:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del empleador:</th>
<th>Teléfono del empleador:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dirección del empleador:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Empleado desde (mm/yy):</td>
<td>Pago:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Si está desempleado, marque todos los que se aplican a continuación:

- [ ] Buscando trabajo activamente
- [ ] Estudiante ([ ] Completo / [ ] Parcial)
- [ ] Retirado
- [ ] Cuidador familiar
- [ ] Temporalmente desempleado (razón: ____________________________ )
INGRESOS Y GASTOS DEL HOGAR

Enumerar y sumar los **ingresos y gastos mensuales** promedio de todas las personas en su hogar en los últimos doce meses. Para montos pagados anualmente, ingrese el monto dividido por doce.

<table>
<thead>
<tr>
<th>INGRESOS</th>
<th>GASTOS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Empleo</td>
<td>Hipoteca o alquiler</td>
</tr>
<tr>
<td>Desempleo</td>
<td>Transporte</td>
</tr>
<tr>
<td>Seguro Social y/o SSI</td>
<td>Servicios públicos</td>
</tr>
<tr>
<td>Pensión y/o discapacidad del estado</td>
<td>Comida</td>
</tr>
<tr>
<td>Todos otros ingresos</td>
<td>Todos otros gastos</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ingresos mensuales total</strong></td>
<td><strong>Gastos mensuales total</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ACTIVOS DEL HOGAR**

¿Tiene alguno de los siguientes activos? En caso afirmativo, por favor proporcione el saldo / valor actual.

- Cuenta de cheques  
  - Sí  
  - No  
  - Saldo $________________________

- Cuenta de ahorros  
  - Sí  
  - No  
  - Saldo $________________________

- Acciones / inversiones  
  - Sí  
  - No  
  - Valor $________________________

- Propiedad (que no sea la residencia primaria)  
  - Sí  
  - No  
  - Valor $________________________

**INFORMACIÓN GENERAL DEL HOGAR**

¿Cuál es su situación actual de vivienda?

- ☐ Dueño de Hogar  
- ☐ Arrendatario de Hogar  
- ☐ Centro de enfermería

- ☐ Vivienda Pública / Refugio  
- ☐ Viviendo con familiares / amigos*  
- ☐ Sin hogar

* Si vive con familiares o amigos, ¿son dueños o alquilan su hogar?  
  - ☐ Dueños  
  - ☐ Alquilan

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____  
¿Cuántos asisten a la escuela? _____  
¿Cuántos trabajan? _____

Solicitud de Subvención de ACE rev. 02/26/2020
DECLARACIONES DE DIFICULTAD

Describa qué servicios y asistencia está buscando a través de la Subvención ACE. (Adjunte páginas adicionales, si es necesario.)

______________________________________________________
______________________________________________________
______________________________________________________

¿Cómo afectarían estos servicios y asistencia a su vida? (Adjunte páginas adicionales, si es necesario.)

______________________________________________________
______________________________________________________
______________________________________________________

¿Qué información adicional le gustaría que consideremos? (Adjunte páginas adicionales, si es necesario.)

______________________________________________________
______________________________________________________
______________________________________________________

RECONOCIMIENTO

Al firmar a continuación, certifico que esta información es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Autorizo a ACE a verificar esta información, incluido un informe de crédito, ingresos y activos monetarios, y reconozco que completar este formulario no garantiza una subvención, un descuento o perdón de la deuda.

____________________  ___________________  ____________
Nombre del paciente o padre / tutor  Firma del paciente o padre / tutor  Fecha

SOLO POR USO DE ACE

☐ Approved: ____________________________________________

☐ Denied: ______________________________________________

Reviewer Signature: ___________________________  Review Date: ____________
Renuncia y Exención de Medios

Para ayudar a desarrollar nuestros programas y servicios, ACE Eyecare Inc. y Advanced Center for Eyecare a veces le gustaría fotografiar pacientes, diseminar información sobre pacientes o entrevistar pacientes con fines publicitarios y / o de promoción a través de televisión, películas, videos, cintas de audio, medios impresos o electrónicos. Se requiere consentimiento por escrito para la participación y aparición del paciente en dicha fotografía y / o programación audiovisual.

Al firmar a continuación, usted da su consentimiento a ACE Eyecare, Inc., Advanced Center for Eyecare y a su personal, agentes y todos sus socios, afiliados y cesionario, para usar el nombre, edad, comentarios, fotografías y semejanzas de usted y / o del paciente para promover el trabajo y la misión de las organizaciones antes mencionadas a través de televisión, películas, videos, cintas de audio, impresos y / o medios electrónicos. Usted renuncia a cualquier derecho de controlar la aprobación, el uso o la reutilización de dichas fotografías o programación audiovisual. En nombre de usted y / o del paciente, también renuncia a cualquier derecho a pagos, regalías u otra compensación, que pueda surgir de la participación en las fotografías y / o programación audiovisual bajo las leyes de los Estados Unidos o cualquier estado, o bajo las leyes de cualquier otra nación o jurisdicción. Si el paciente es menor de 18 años, también certifica que es el tutor legal del paciente con el derecho de otorgar este consentimiento. Usted comprende que usted y / o el paciente a continuación pueden ser fotografiados o grabados en video, pueden ser llamados por los periodistas para responder preguntas sobre su participación con las organizaciones mencionadas anteriormente y también da su permiso para ser contactado para hacer comentarios.

Nombre del Paciente: ___________________________  Firma del Paciente: ___________________________

Nombre del Tutor: ___________________________  Firma del Tutor: ___________________________
(Si el paciente es menor de 18 años)

Por favor bríndenos la información a continuación:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dirección:</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ciudad:</td>
<td>Estado:</td>
</tr>
<tr>
<td>Código postal:</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Teléfono:</th>
<th>Email:</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Uso por la administración:</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Date:</td>
<td>Media/Picture Taken By:</td>
</tr>
<tr>
<td>Location:</td>
<td>Sign-Off By:</td>
</tr>
<tr>
<td>Media to be used for:</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>