

2021-2022 No Cost Eye Exam & Eyeglasses School Program

FOR 6-9 WEEK FASTER PROCESSING, APPLY ON YOUR PHONE AT: WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG

HEIKEN PORTAL INFO (For School/Screening Personnel Use Only):		For Heiken Use Only:		Date
County: _____	Teacher _____	Acct #:		Entered:
Referring school or agency: _____		Status:		
Private must list scholarship: _____		Auth. Date:		
Vision Screening: PASS / REFER screening 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
- ☐ ☐ Sickie Cell
- ☐ ☐ Asthma
- ☐ ☐ Allergies _____
- ☐ ☐ Any Medication or Eye Drops: _____
- ☐ ☐ Special needs/development delays? _____
- ☐ ☐ Require any auxiliary aids (such as interpreter, 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
- ☐ ☐ Sickie 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
- ☐ ☐ Child is learning virtually

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, including the Florida Department of Health for auditing purposes, 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 4.23.2021

2021-2022 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

HEIKEN PORTAL INFO (For School/Screening Personnel Use Only): County: _____ Teacher: _____ Referring school or agency: _____ Private must list scholarship: _____ Vision Screening: PASS / REFER screening date: _____	For Heiken Use Only: 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:

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



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

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
- ☐ ☐ Hijo(a) está aprendiendo virtualmente

- ☐ ☐ Alergias _____
- ☐ ☐ Medicamento o eye drops _____
- ☐ ☐ Ecesidades especiales o retrasos? _____
- ☐ ☐ Requiere alguna asistencia auxiliar (intérprete, visual, silla de ruedas)

Por favor, explicar sobre las repuestas "Sí": _____

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, incluyendo el Departamento de Salud de Florida para fines de auditoria, 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 contactada por FHCVP o sus fundadores para proveer una opinión anónima sobre los servicios recibidos, pero tengo el derecho a no participar si soy contactada.

* 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.
 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

2021-2022 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 TELEFON NAN SIT SA A:

WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG

HEIKEN PORTAL INFO (For School/Screening Personnel Use Only):		For Heiken Use Only:		Date
County: _____	Teacher _____	Acct #:		Entered:
Referring school or agency: _____		Status:		
Private must list scholarship: _____		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 **piti** ou a janm soufri ak 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 yon entèprèt, è 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

- ☐ ☐ Lafyèy, Tous, Gòj fèmal
- ☐ ☐ Pa kab pran odè/bouch san gou
- ☐ ☐ Te an kontak ak moun ki gen COVID-19
- ☐ ☐ Te vwayaje kite peyi Etazini
- ☐ ☐ Èske piti ou a al lekòl sou konpitè kounye a?

Ba nou yon espikasyon 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 piti mwen an tout tretman ki nesè pou egzamen je, swa nan lekòl la nan yon 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 yon kopi pa telefòn nan (305) 856-9830 oubyen nan (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 pataj enfòmasyon piti mwen ant òganizasyon FHCVP yo, ak kote ki finanse òganizasyon sa yo, ak Depatman Sante nan Eta Florid pou lè y ap fè odit, Biwo Lekòl Leta nan zòn mwen an, ak tout lòt kote k ap prepare rapò konsènan swen je piti mwen an, pou yo kab detèmine ki pi bon tretman pou yo fè pou li. Mwen otorize lekòl Leta piti mwen an tou pou l bay nenpòt enfòmasyon ki kab manke oubyen ki kab pa fin klè pandan posisyon aplikasyon an. Mwen okouran FHCVP oubyen kote ki ap sibvansyon l yo ou swa lòt antite k ap patisipe nan Pogram nan kapab kontakte mwen pou m bay opinyon m konsènan sèvis piti 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 ou swa 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 piti mwen pou kesyon relasyon publik 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 yon 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 piti 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 piti la pou youn egzamen total, kote y ap dilate je li, epi ba li linèt, si yo preskri l sa (sa ap enklè ni monti ni antiy, ak lòt aksès). Mwen okouran y ap sèvi ak asirans piti 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: 4/23/2021

Si w gen lòt kesyon, silvouplè telefòn 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

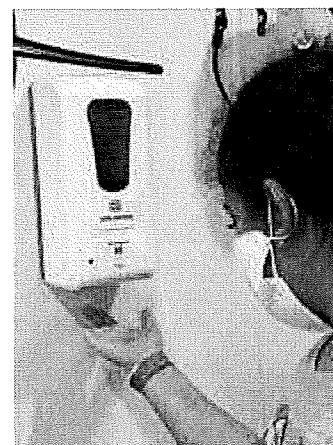
COVID-19 SAFETY PROTOCOLS REQUIRED TO ENTER THE EYECARE UNIT

Staff and doctors
must wear a mask &
eye protection




FLORIDA HEIKEN
Children's Vision Program, LLC

Students must wear
a mask and use
hand sanitizer



REQUIRED

- Temperature < 100.4° F
- Symptom Free
- COVID-19 Survey
- Responses all "NO"



Have you or any family member, within the last 2 weeks

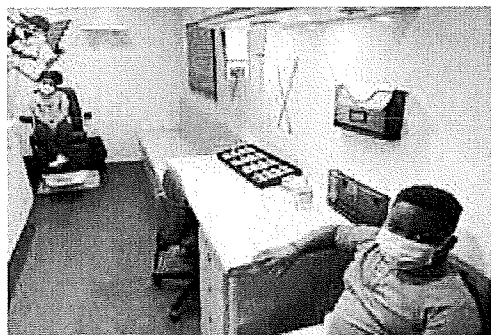
YES NO

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | Fever, cough, sore throat |
| ☐ | ☐ | Loss of smell/taste |
| ☐ | ☐ | Contact with anyone diagnosed with COVID-19 |
| ☐ | ☐ | Traveled out of USA |

**VIRTUAL STUDENTS WILL BE INCLUDED IN SCHOOL VISITS
MUST SCHEDULE A TIME: 305-856-9830**

SAFETY ON THE MOBILE EYECARE UNIT

SOCIAL DISTANCING
Only 2 Students at a time
6'-10' apart



**All Touched Surfaces and Equipment
SANITIZED Between Students
& Entire Interior Every Evening**



COVID-19 PROTOCOLOS DE SEGURIDAD

REQUERIDO PARA ENTRAR A LA UNIDAD MÓVIL

El personal y los médicos deben usar una máscara y protección para los ojos

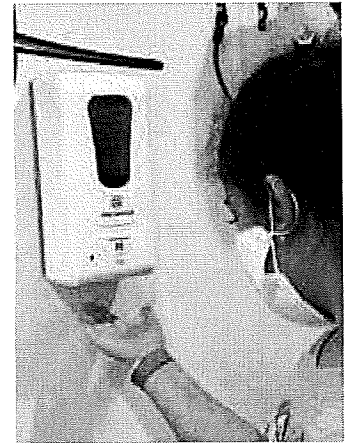


Los estudiantes deben usar una máscara y usar desinfectante para manos



REQUERIDO

- Temperatura $< 100.4^{\circ}\text{F}$
- Libre de síntomas
- COVID-19 Encuesta
- Responde todo "NO"



COVID-19 – miembro de familia dentro de 2 semanas

SÍ NO

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | Fiebre, tos, dolor de garganta |
| ☐ | ☐ | Pérdida de olfato/sabor. |
| ☐ | ☐ | Contacto con cualquiera diagnosticado con COVID-19 |
| ☐ | ☐ | Viajó fuera de los EEUU |

ESTUDIANTES VIRTUALES SERÁN INCLUIDOS EN LAS VISITAS ESCOLARES DEBE - PROGRAMAR UNA HORA: 305-856-9830

SEGURIDAD EN LA UNIDAD MÓVIL

DISTANCIAMIENTO SOCIAL
Solo 2 estudiantes a la vez
separadas 6'-10'

Todas las superficies y equipos tocados
SANITIZADOS entre estudiantes
y todo el interior cada noche



FÒMALITE POU PWOTEKSYON KONT COVID-19 YO EGZIJE POU MOUN KAB ANTRE NAN KLINIK ZYE A

Anplwaye yo ak doktè yo
dwe mete kachnen epi
mete pwoteksyon pou je yo

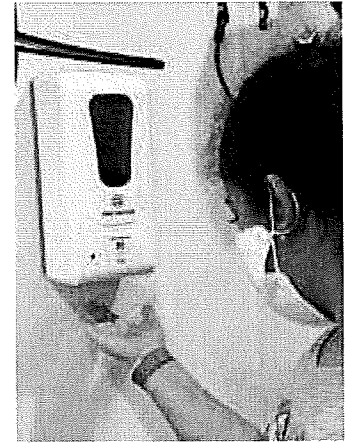


Elèv yo dwe mete kachnen
epi sèvi ak dezenfektan
pou men yo



OBLIGATWA

- Tanperati $< 100.4^{\circ}F$
- San oken sentòm
- Sondaj COVID-19
- Tout resons "NON"



Nan 2 dènye semèn yo èske swa ou menm swa yon moun nan fanmi ou te gen

Wi NON

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | Lafyè, tous, gòj fèmal |
| ☐ | ☐ | Pa kab pran odè anyen/bouch san gou |
| ☐ | ☐ | Kontak ak moun doktè bay dyanostik COVID-19 |
| ☐ | ☐ | Vwayaje kite Etazini |

**ELÈV K AP SUIV KOU SOU ENTÈNÈT Y AP FÈ KONSILTASYON POU
YO NAN LEKÒL LA TOU – METE RANDEVOU : 305-856-9830
PWOTEKSYON NAN KLINIK ZYE MOBIL LA**

DISTANS SOSYAL
2 elèv sèlman alafwa
6'-10' youn de lòt



DEZENFEKTE tout kote moun
manyen ak tout ekipman apre chak
konsiltasyon epi dezenfekte anndan
tout klinik la chak swa



Protocolo de segurança COVID-19

Obrigatório para entrada na unidade de exames de visão

Staff e doutores são obrigados a usar máscara e proteção para os olhos



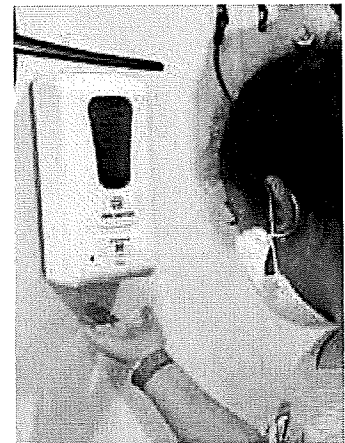
FLORIDA HEIKEN
Children's Vision Program, LLC

OBRIGATÓRIO

- Temperatura <100.4°F
- Sem sintomas
- COVID-19 Survey
- Respostas negativas "NO"



Estudantes são obrigados a usar máscara e desinfetante



COVID-19 – Algum membro da família nas últimas duas semanas apresentou:

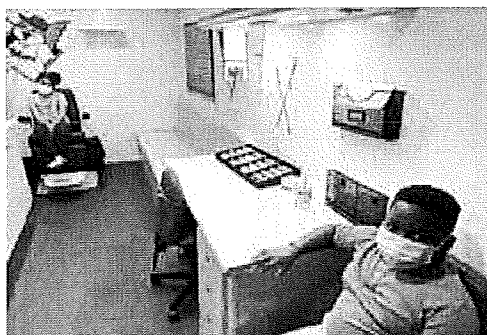
SIM NÃO

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

OS ALUNOS VIRTUAIS SERÃO INCLUÍDOS NAS VISITAS À ESCOLA - AGENDE UMA HORÁRIO: 305-856-9830

SEGURANÇA NA UNIDADE DE EXAMES DE VISÃO

Manter a Distância
Apenas dois estudantes de cada vez e separados 6'-10'



Todas as superfícies e equipamento usado **DESINFECTADOS** entre cada estudante e limpeza geral diária da unidade



NO COST EYE EXAMS & GLASSES FOR CHILDREN

*Accessible on any internet enabled smart phone/tablet/computer
English / Español / Kreyòl / Português*

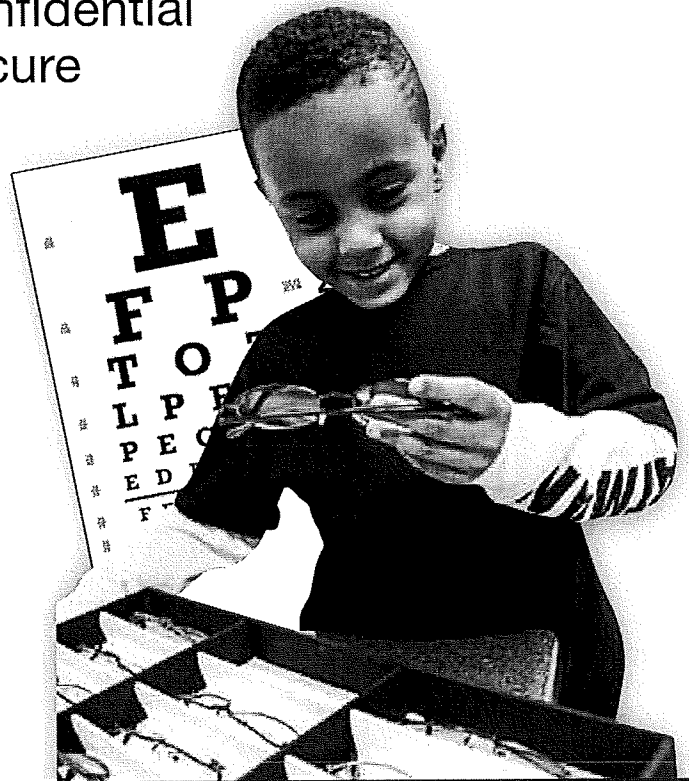
PARENTS APPLY NOW!
www.floridaheiken.org



- Florida Students
- Pre-K through 12th Grade
- Reapply Every School Year

USE THE HEIKEN PORTAL

- Confidential
- Secure



All student information is kept confidential and not shared with any other entity.

Partially funded by:



HEALTH
FOUNDATION
of south florida



Exámenes de vista y anteojos GRATIS para niños

www.floridaheiken.org

*Accesible por internet en cualquier teléfono inteligente /
tableta / computadora*



PADRES APLIQUEN AHORA!

- Estudiantes de la Florida
- Pre-K hasta el 12° grado
- Reaplique cada año escolar
- Procesamiento más rapido
- Confidencial y seguro

COVID-19 PROTOCOLOS DE LA UNIDAD MÓVIL

- Se requieren máscaras y distanciamiento social
- Todas las superficies desinfectadas
- Encuesta de COVID-19 requerida

Heiken **NO** comparte información con ninguna otra agencia

Enskri pou konsiltasyon je epi linèt GRATIS pou timoun

www.floridaheiken.org

*Se yon sit ki aksesib sou entènèt nan nenpòt
esmat fonn / tablèt / òdinatè*



PARAN ENSKRI KOUNYE A!

- Elèv nan Eta Florid la
- Pre-matènèl rive nan filo
- Ou kab enskri ankò chak ane lekòl
- Li mache pi rapid
- Li konfidansyèl epi li an sekirite

PWOTKÒL COVID-19 POU INITE MOBIL YO

- Yo egzije kachnen epi distans sosyal
- Fò yo dezenfekte tout sifas
- Yo egzije yon sondaj COVID-19

Heiken **PA** bay lòt ajans enfòmasyon pèsònèl elèv yo.