



Eye Examination Waiver Form

Please print:

Student Name _____ Birth Date _____
(Last) (First) (Middle Initial) (Month/Day/Year)

School Name _____ Grade Level _____ Gender: ☐ Male ☐ Female

Address _____
(Number) (Street) (City) (ZIP Code)

Phone _____
(Area Code)

Parent or Guardian _____
(Last) (First)

Address of Parent or Guardian _____
(Number) (Street) (City) (ZIP Code)

I am unable to obtain the required vision examination because:

- ☐ My child is enrolled in medical assistance/ALL KIDS, but we are unable to find a medical doctor who performs eye examinations or an optometrist in the community who is able to examine my child and accepts medical assistance/ALL KIDS.
- ☐ My child does not have any type of medical or vision/eye care coverage, my child does not qualify for medical assistance/ALL KIDS, there are no low-cost vision/eye clinics in our community that will see my child, and I have exhausted all other means and do not have sufficient income to provide my child with an eye examination.
- ☐ Other undue burden or a lack of access to an optometrist or to a physician who provides eye examinations:

Signature _____ Date _____

(Source: Added at 32 Ill. Reg. _____, effective _____)



Favor de imprimir:

Nombre del/la Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____
(Primer Apellido) (Nombre) (Inicial del Segundo Nombre) (Día/Mes/Año)

Nombre de la Escuela _____ Grado _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección _____
(Calle) (Número) (Ciudad) (Código Postal)

Teléfono _____
(Código de Área)

Padre/Madre/Guardián _____
(Primer Apellido) (Nombre)

Dirección del Padre/Madre/Guardián _____
(Calle) (Número) (Ciudad) (Código Postal)

No puedo obtener el examen de la vista requerido porque:

- ☐ Mi hijo/a está inscrito en asistencia médica/ALL KIDS, pero en nuestra comunidad no podemos encontrar un médico que realice exámenes de la vista o un optometrista que pueda examinar a mi hijo/a y acepte asistencia médica/ALL KIDS.
- ☐ Mi hijo/a no tiene ningún tipo de cobertura médica o de cuidado de la vista/ojos, mi hijo/a no califica para asistencia médica/ALL KIDS, no hay clínicas de bajo costo de visión/ojos en nuestra comunidad que puedan atender a mi hijo/a, y he agotado todos los demás medios y no tengo suficientes ingresos para proporcionarle un examen de la vista a mi hijo/a.
- ☐ Otro problema inesperado o falta de acceso a un optometrista o a un médico que realiza exámenes de la vista:

Firma _____

Fecha _____

(Fuente: Modificado en 32 Ill. Reg. _____, efectivo _____)