



**Solo para fines demográficos**

No es obligatorio llenar las dos secciones siguientes. La información no se usa para determinar la elegibilidad para recibir tratamiento del Programa BEST. Sin embargo, la información ayudará a la DBS a diseñar su programa de información para el público.

**Grupo étnico (marque uno)**

- Hispano o latino  No hispano o latino

**Raza (seleccione todas las que apliquen)**

- Indio americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawaii o de las islas del Pacífico  
 Asiático  Blanco  
 Afroamericano  Otro: \_\_\_\_\_

**Ingresos principales (marque uno)**

Indique cuál es la mayor fuente de apoyo económico del solicitante al presentar la solicitud, incluso si representa menos de la mitad del apoyo total de la persona.

- Ingresos personales (ingresos, intereses, dividendos, renta)  
 Familiares y amigos  
 Ingresos públicos (SSI, SSDI, TANF, etc.)  
 Todas las demás fuentes (por ejemplo, seguro de discapacidad privado y organizaciones de beneficencia privadas, etc.)

**Declaración**

**Por la presente certifico que soy residente del estado de Texas, y no tengo seguro médico ni otros recursos para pagar el tratamiento médico de la vista que se describe en esta solicitud.**

Firma del solicitante:

Fecha:

¿Desea que alguien se comunique con usted sobre los servicios de rehabilitación de la División de Servicios para Personas Ciegas del DARS para ayudarlo a ir al trabajo o a mantenerlo?

- Sí  No

¿Desea que alguien se comunique con usted sobre los servicios para la vida independiente de la División de Servicios para Personas Ciegas del DARS para ayudarlo a vivir más independientemente?

- Sí  No