



www.surgeonsforsight.org

Aplicación Para Cuidado de los Ojos o Gafas

Surgeons for Sight es una organización cristiana, que proporciona atención oftalmológica a personas desfavorecidas. Nuestro financiamiento es a través de donaciones, y el cuidado de los ojos es proporcionado por médicos y enfermeras voluntarios.

¿Soy elegible para recibir servicios de Surgeons for Sight?

Se revisa cada solicitud para hacer una determinación de quien recibirá atención. Nuestras directrices generales son que el ingreso familiar bruto total debe ser inferior a los niveles de pobreza determinados, que usted no tenga seguro médico y que no tenga grandes recursos disponibles para pagar la atención oftalmológica.

Nuestro personal es voluntario pero tenemos costos de medicamentos, anteojos y suministros. Le pedimos a cada cliente pagar lo que pueda. Toda cantidad pagada se destina a la atención ocular.

¿Cómo puedo aplicar para el programa?

1. Completar todas las secciones de esta solicitud y que nos proporcione la siguiente información:
 - o Talones de cheque, talón de pago del Seguro Social, incapacidad o pensión / jubilación)
 - o Declaración de impuestos federales
 - o COPIA de una identificación con foto (licencia de conducir, tarjeta de seguro social, pasaporte, etc.)
 - o Estados de cuenta bancarias de los últimos dos meses

Esta aplicación no será procesada hasta que todos los documentos necesarios sean recibidos y que estén completos. Si se determina que la información en esta aplicación es falsa, puede resultar en rechazo de su aplicación para recibir cuidado medico por medio de este programa.

SECCION A – INFORMACION GENERAL DEL CLIENTE (POR FAVOR EN LETRA DE MOLDE)

Nombre del cliente: _____ Sexo: M F Edad: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Numero de Seguridad Social: ____ - ____ - ____

Raza o Etnia: _____

Dirección Postal: _____ Apt. #: _____

Ciudad : _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Número de Teléfono: _____ Número de teléfono alternativo: _____

Estado Civil del cliente:

 Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

¿Qué tipo de cuidado de los ojos necesita usted (marque uno):

Examen de la vista o gafas/espeuelos o cirugía de ojos

¿Está dispuesto a hacer una donación para cubrir parte del costo del cuidado de sus ojos? Sí NoSi es así, ¿cuánto? _____ (Por favor enviar a Surgeons for Sight **PO Box 2122 Greenville SC 29602**)**SECCION B – ELIGIBILIDAD DEL CLIENTE Y ANTECEDENTES**1. Si No ¿Está usted recibiendo beneficios de Seguro Social por Incapacidad o de Veterano2. Si No ¿Tiene seguro de salud?

a. Si es así, marque el tipo que usted tiene.

 Medicaid Medicare Tarjeta Salud Condado Seguro Privado Otro tipo de seguro _____

3. ¿Cuándo fue la última vez que le realizaron un examen de la vista o le indicaron espeuelos/gafas nuevas? _____ ¿Donde fue? _____

4. Si No ¿Ha usted recibido servicios de Surgeons for Sight antes?) _____

a. ¿En caso afirmativo, qué servicio (s)?

 Chequeo de la vista Examen de la vista (en la oficina) Gafas/espeuelos Cirugía

b. ¿Cuándo recibió usted estos servicios? _____

5. Si No ¿Está patrocinado por un hospital? ¿Cual? _____**SECCION C – INFORMACION AGENCIA DE REFERIMEINTO (SI EL CLIENTE FUE REFERIDO POR UNA AGENCIA**

Agencia o Hospital que Refiere: _____

Nombre de Contacto: _____ Teléfono #: _____

SECCION D – INFORMACION FINANCIERA DEL CLIENTE

Por favor escriba su nombre y los nombres de **todas** las personas que viven en su hogar y sus ingresos

Primer Nombre y Apellido	Edad	Relacion	Empleado/a	Ingreso Mensual
		YO	SI N	\$
			SI N	\$
			SI N	\$
			SI N	\$
			SI N	\$
			SI N	\$
			SI N	\$

Usted o la persona con quien Ud. vive (Marque uno)

¿RENTA apartamento o casa? o ¿Es dueño/a de su propia casa?

Si es propietario de su casa, por favor proporcione: El valor de la casa _____

Cantidad de préstamo para la casa _____

Cuánto dinero tiene en ahorros y cuentas bancarias? _____

INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR	YO	ESPOSO/A	OTRO
Pago Total para llevar a casa	\$	\$	
Pago por hora	\$	\$	
Propinas	\$	\$	
Beneficios de Seguro Social	\$	\$	
Beneficios por Incapacidad	\$	\$	
Beneficios por Jubilación / Pensión	\$	\$	
Beneficios de Veteranos	\$	\$	
Beneficios por desempleo	\$	\$	
Asistencia Pública Federal o Estatal	\$	\$	
Manutención de Niños / Pensión alimenticia	\$	\$	
Estampillas de Comida	\$	\$	
Otros Ingresos	\$	\$	
INGRESOS MENSUALES TOTAL	\$	\$	

Si No ¿Es usted capaz de trabajar?

Si No ¿Está dispuesto a ser voluntario para ayudar a Surgeons for Sight?

SECCION E – SOMETIENDO LA APLICACION

Toda la información en esta solicitud se mantiene en la más estricta confidencialidad por Surgeons for Sight y los organismos relacionados con nuestros programas. **Al firmar abajo, doy fe de que la información en esta solicitud es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento. También estoy de acuerdo con lo siguiente:**

1. Yo he revelado toda la información acerca de mi capacidad de pago y mi información financiera.
2. Yo entiendo que es posible que no pueda calificar o recibir atención de Surgeons for Sight.)

X _____
Firma del cliente o Tutor

Fecha

Este formulario puede ser enviado por correo a:

Surgeons for Sight, PO Box 2122 Greenville SC 29602 o enviar por fax: 866-278-5655