

Nuestras pautas son que un ingreso total de cada miembro de la casa es menos que un nivel de pobreza, el solicitante NO tiene seguro (incluyendo Medicaid, Medicare, o Affordable Health Care) y no tiene ingresos capaz de cubrir cuidado de ojo.

Documentos y Requisitos para la aplicación

__ **Verificación de ingresos...** de cada miembro de la casa que recibe ingreso; Incluyendo talón de pago, carta de adjudicación de la seguridad social, carta de discapacidad, cupones de alimentos, o letra de empleador.

__ **La declaración de impuestos federales mas reciente (W2)**

__ **Copia de UNA forma de identificación para el solicitante:** Licencia de conducir, ID de estado, Pasaporte, ID de país, tarjeta de seguro Social , u otro ID con foto.

Proceso de solicitud:

1. Mande por correo la aplicación, verificación de documentos de ingresos, y COPIA de ID a: **Servants for Sight, PO Box 2122 Greenville SC 29602 O Fax documentos a:866-278-5655.**
2. Las solicitudes se procesarán dentro 2 a 3 semanas
3. Solicitante será llamado/a para una entrevista y verificación de documentos. Si el solicitante está solicitando una cirugía, se puede requerir una entrevista en persona.
4. Si se aprueba al solicitante, se enviará a un médico voluntario y ,a oficina de médicos se hará cargo de la atención y programación del paciente.
5. En la primera cita del paciente, se requerirá que el paciente contribuya con un pago parcial por su cuidado. Examen y gafas son 15 dólares, Examen y bifocales son 20 dólares, Una cirugía de cataratas en un ojo son 50 dólares (*Si vuelve a solicitar una segunda catarata y se determina que su situación merece otra calificación, la segunda cirugía también será 50 dólares)
6. Servants for Sight no garantiza cubrir todos los problemas médicos de cuidado de los ojos, nos esforzamos por proporcionar exámenes, lentes, y cirugías de cataratas para solicitantes aceptados. Cualquier apéndice de seguimiento o cuidado continuo necesario será determinado por los médicos. SFS solo considerará a un paciente para una aprobación adicional si hay una emergencia médica o una condición médica duradera. Esto se determina caso por caso

7. Nombre: _____ Sexo: M F Edad: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Número de seguridad social: ____ - ____ - ____ Raza: _____

Dirección de envío: _____ Apt. # _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Número de teléfono: _____ Numero de teléfono alternativo: _____

Estado civil: Soltero Casdo/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Qué tipo de cuidado de ojos necesita (circule lo necesario): **Examen de vista o lentes o Cirugía**

SECCIÓN A – Elegibilidad e información de antecedentes

1. Si No ¿Está recibiendo beneficios de Seguro Social o Discapacidad para Veteranos?
2. Si No ¿Tienes seguro médico?
 - a. ¿En caso que si, verifica el tipo que tienes? Medicaid Medicare
 - b. Seguro privado Otro _____
3. Si No ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un examen de la vista o se obtuvo lentes nuevos?
 - a. _____ ¿Donde?
4. Si No ¿Ha recibido servicios de cervantes para la vista antes? _____
 - a. ¿En caso que si, cual servicio(s)? Examen de vista Lentes
 Cirugía
 - b. Explique el motivo médico para volver a solicitar a SFS:
5. Si No ¿Estas patrocinado por un hospital? En caso que si, cual hospital? _____

SECCIÓN B – Información de la agencia de referencia o información patrocinada por el hospital

Agencia de referencia o hospital: _____

Nombre de contacto : _____ Numero de teléfono _____

SECCIÓN C- Información de familia/información de ingresos

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	RELACIÓN	EMPLEADO?	INGRESO MENSUAL
		YO	Y N	\$
			Y N	\$
			Y N	\$
			Y N	\$

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

¿Usted o con quién está viviendo? (marque uno): alquilar una casa o apartamento o dueño de una casa

Si posee una casa, proporcione estimaciones: Valor de la casa _____ Cantidad del préstamo de la casa _____

¿Cuánto dinero tienen usted y los que viven con usted tienen en:

- a) Cuenta de cheques _____ b) Cuenta de ahorros _____
 c) Cuenta de jubilación _____ d) Otras cuentas _____

Si No ¿Puedes trabajar, si no, por qué? _____

Si No ¿Tienes alguna habilidad comercializable? En caso afirmativo, especifique:

Si No ¿Estas dispuesto a ser voluntario para ayudar a los SFS?

INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR	YO	ESPOSA/O	OTRO MIEMBRO DE FAMILIA	OTRO MIEMBRO DE FAMILIA	OTRO MIEMBRO DE FAMILIA
Salario mensual de trabajo	\$	\$			
Beneficios de seguro social	\$	\$			
Beneficios por discapacidad	\$	\$			
Beneficios de jubilación	\$	\$			
Beneficios de desempleado	\$	\$			
Beneficios de veterano	\$	\$			
Asistencia pública federal o estatal	\$	\$			
Manutención de los hijos	\$	\$			
Cupones de alimentos	\$	\$			
Otros ingresos/ayuda de familia	\$	\$			
Ingreso mensual total	\$	\$			

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, También entiendo que puedo quedar descalificado para recibir atención si la información falsa o incompleta está contenida en esta solicitud. También entiendo que no puedo calificar o recibir atención de Servants for Sight. Entiendo que Servants for Sight tratará de conectarme con proveedores de atención oftalmológica, pero que no se garantiza el cumplimiento de mis necesidades de atención oftalmológica.

Entiendo que si mi conducta durante la cobertura de SFS no es cumplida o respetuosa, es posible que se me dé de baja del programa y de los servicios del médico. Entiendo que estoy admitiendo que no tengo ningún tipo de seguro de salud, incluidos Medicaid o Medicare. Si en algún momento esto cambia, soy responsable de avisar a Servants for Sight de manera oportuna. De lo contrario, se generará responsabilidad personal por todos los costos de mi factura. Entiendo que los médicos asociados y SFS tendrán derecho a facturarme a mí o a mi proveedor de seguros por los servicios o anteojos proporcionados mientras esté vigente la cobertura del seguro.

X _____
FIMRA 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