



## Aplicación para el cuidado ocular del paciente

### Documentos requeridos

***Todos los documentos son necesarios para la aplicación.***

1. \_\_\_\_\_ Verificación de ingresos
  - a. De cada miembro del hogar que recibe algún ingreso. Incluya los últimos 4 recibos de pago, la carta de adjudicación del seguro social, la carta de incapacidad, la declaración de cupones de alimentos o la carta del empleador.
2. \_\_\_\_\_ La declaración de impuestos federales más reciente
3. \_\_\_\_\_ COPIA de UNA forma de identificación para el solicitante
  - a. Licencia de conducir, identificación del estado, identificación del país o tarjeta de seguro social

### Proceso de solicitud

Envíe por correo la solicitud completa, los documentos y la copia de la identificación a:

Servants for Sight  
P.O. Box 2122  
Greenville, SC 29602

O envíe documentos por fax al: 866-278-5655

***La solicitud se procesa dentro de 3 a 4 semanas y se llamará para una entrevista / verificación de documentos por teléfono.***

Si el solicitante es aprobado, se le pedirá que asista a una clase de orientación del programa. La clase explicará nuestro programa y proporcionará material educativo sobre el cuidado de los ojos, las enfermedades oculares y los tratamientos. Si el solicitante desea unirse a nuestro programa, hay un costo de \$25 dólares. Después del pago se programará al solicitante para que vea a uno de nuestros médicos voluntarios.

Servants for Sight no garantiza cubrir todos los problemas de atención ocular médica. Nuestro objetivo es proporcionar exámenes, gafas y cirugías de cataratas dentro de un período de 9 meses. Cualquier cita de seguimiento o atención continua será determinada por el médico entre este período de 9 meses.

Después de los 9 meses, el paciente tendría que pagar por su tratamiento médico.

## Información del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento:     /     /     Etnicidad: \_\_\_\_\_

Dirección postal : \_\_\_\_\_ Apto. # \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

¿Acepta recibir mensajes SMS sobre su atención oftalmológica a través del programa de SFS?

Puede cancelar su suscripción en cualquier momento respondiendo "STOP"  Sí.  No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Numero de seguro social o Número de tax ID (ITIN): \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_

¿Tienes un traductor? (Nombre / teléfono si corresponde): \_\_\_\_\_

¿Estás afiliado a otro programa o ministerio?  Sí  No

¿Si es así, cuál? \_\_\_\_\_

¿Es usted el guardián de una persona menor de 18 años? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

## Salud ocular

Qué tipo de cuidado de los ojos necesita:  Examen ocular  Gafas oculares  Cirugía ocular

¿Alguien te ha dicho lo que está mal con tus ojos? ¿Explique que es? \_\_\_\_\_

¿Tienes diabetes? Si es así, ¿ qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Fumas?  Sí  No

## Información de Contacto en caso de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de contacto: \_\_\_\_\_

Relación del contacto: \_\_\_\_\_

## Elegibilidad y otro información

1. ¿Está recibiendo beneficios del Seguro Social, de Discapacidad o de Veteranos?  Sí  No
2. ¿Tienes seguro médico?  Sí  No

En caso afirmativo, marque el tipo que tiene? \_\_\_\_\_ Medicaid \_\_\_\_\_ Medicare  
Seguro privado \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

3. ¿Cuándo fue su último examen de ojos? o cuando le dieron nuevos lentes?

\_\_\_\_\_  
¿Nombre de la clínica o Doctor?  
\_\_\_\_\_

4. ¿Ha tenido algún tipo de cirugía ocular?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de cirugía (s)?

Examen de la vista en nuestro camión  anteojos  Examen de la vista con médico  Cirugía

5. Por favor explique la razón médica para volver a solicitar SFS: \_\_\_\_\_

6. ¿Estás patrocinado por un hospital?  Sí  No

Si es así, ¿en qué hospital? \_\_\_\_\_

## Información de la agencia de referencia o información del hospital que le patrocina

Agencia u hospital de referencia: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

## Información de su familia / Ingresos de los miembros de su familia

1. ¿Cuántas personas viven en su casa? \_\_\_\_\_

¿Usted paga el alquiler?  Sí  No Si es así, ¿cuánto? \_\_\_\_\_

Si no, ¿tienes una casa o pagas una hipoteca?  Sí  No

Si es así, ¿cuánto? \_\_\_\_\_

2. ¿Eres capaz de trabajar?  Sí  No Si no, ¿por qué? \_\_\_\_\_

3. Si actualmente no trabaja, con una visión mejorada, ¿piensa volver a trabajar?  Sí  No

a. Si no, ¿por qué? \_\_\_\_\_

IMPRIMA su nombre y los nombres de todas las personas que viven en su hogar y sus ingresos.

<b>INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR</b>	<b>YO</b>	<b>ESPOSA / ESPOSO</b>	<b>Otro miembro de la familia</b>	<b>Otro miembro de la familia</b>	<b>Otro miembro de la familia</b>
Salario / pago bruto mensual de trabajo	\$	\$	\$	\$	\$
Beneficios de Seguro Social	\$	\$	\$	\$	\$
Beneficios por discapacidad	\$	\$	\$	\$	\$
Beneficios de jubilación/pensión	\$	\$	\$	\$	\$
Beneficios de desempleo	\$	\$	\$	\$	\$
Beneficios de veteranos	\$	\$	\$	\$	\$
Asistencia pública federal/estatal	\$	\$	\$	\$	\$
Manutención de los hijos	\$	\$	\$	\$	\$
Cupones de alimentos	\$	\$	\$	\$	\$
Otros ingresos / apoyo financiero familiar	\$	\$	\$	\$	\$
<b>Ingreso Mensual Total</b>	\$	\$	\$	\$	\$

Toda la información en esta aplicación se mantiene en la más estricta confidencialidad por los miembros de Servants for Sight. Al firmar a continuación, doy fe y certifico que la información en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. También entiendo que puedo ser descalificado para recibir atención si esta información contiene información falsa o incompleta. También entiendo que puedo no calificar o recibir atención de Servants for Sight. Entiendo que Servants for Sight intentará conectarme con los proveedores de atención oftalmológica, pero que no se garantiza que se satisfagan mis necesidades de atención oftalmológica. Entiendo que si mi conducta durante la cobertura de SFS es inapropiada o irrespetuosa, es posible que se me dé de alta del programa y de los servicios médicos. Entiendo que estoy admitiendo que no tengo ningún tipo de seguro de salud, incluyendo Medicaid o Medicare. Si en algún momento esto cambia, estoy obligado a informar a Servants for Sight de manera oportuna. El no hacerlo resultará en responsabilidad personal por todos los costos médicos. Entiendo que los médicos asociados y SFS tendrán derecho a facturar a mí o a mi proveedor de seguro por los servicios o anteojos proporcionados mientras exista cobertura de seguro.

X \_\_\_\_\_  
**FIRMA DE LA PERSONA QUE SOLICITA AYUDA**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**



# LIBERACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS MÉDICOS DE CARIDAD SIN COMPENSACIÓN

El paciente abajo firmante desea recibir un examen de la vista de un consultorio médico asociado de Servants for Sight (Práctica), que ha aceptado voluntariamente proporcionar dichos servicios sin compensación. Esta liberación y reconocimiento se ha realizado antes de la prestación de servicios médicos. El paciente abajo firmante reconoce que la responsabilidad, si la hubiera, de la práctica y el médico está limitada por la ley de Carolina del Sur y la ley federal.

En la medida permitida por la ley de Carolina del Sur, el paciente abajo firmante libera a la práctica y al médico (s) de servicios médicos gratuitos de cualquier y todos los reclamos, demandas, deudas, derechos, acciones, causas de acción, costos, pérdida de servicio, compañía, consorcio, daños materiales, honorarios, gastos e indemnizaciones de cualquier naturaleza, existentes o que en adelante puedan devengarse, y todos los daños y perjuicios conocidos y desconocidos, previstos e imprevistos y las consecuencias de los mismos que hayan sido hasta ahora, o que en adelante puedan ser, sostenidos por el abajo firmante como resultado de cualquier servicio médico caritativo prestado al paciente abajo firmante por el consultorio o el médico. El paciente abajo firmante reconoce que los servicios médicos caritativos recibidos son justos y son la consideración adecuada para esta exención de responsabilidad.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente o persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

*Escriba sus iniciales al lado de cada declaración para indicar su acuerdo y comprensión.*

\_\_\_\_\_ Entiendo que el consultorio y el médico brindan servicios médicos sin compensación y que puedo ser dado de alta como paciente al final de mi período de elegibilidad de 9 meses si no tengo seguro u opciones de pago alternativas.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el consultorio y el médico están proporcionando un examen ocular que podría resultar en hallazgos que podrían requerir medicamentos, cirugía u otras pruebas y procedimientos. La práctica y el médico no son necesarios y es posible que no puedan satisfacer todas mis necesidades médicas y de atención oftalmológica, con o sin compensación. Libero a la práctica de toda responsabilidad por la atención continua o el seguimiento de cualquier condición tratada o descubierta durante mi período de elegibilidad de 9 meses.