



abril 2017

7155 Old Katy Road - Houston, Texas 77024  
Phone (713) 558-8740 Fax (713) 395-1666  
[www.houstoneye.com/foundation](http://www.houstoneye.com/foundation)  
heaf@houstoneye.com

## **SOBRE LA FUNDACIÓN**

La Fundación Houston Eye Associates, provee cuidado médico a personas con enfermedades y condiciones graves de los ojos. La Fundación es una organización con fines benéficos, sin fines de lucro, fundada en 1981 por un grupo de oftalmólogos con la finalidad de ayudar a personas con necesidades en el cuidado médico de sus ojos.

Los oftalmólogos de Houston Eye Associates, donan sus servicios médicos, los cuales incluyen consultas y cirugías a personas que califican. Además, la Fundación cancela los costos de hospitalización y otros gastos relacionados con los cuidados médicos de los ojos, de personas con esas necesidades

## **¿NECESITA ÚNICAMENTE EXAMEN DE LOS OJOS O LENTES?**

Aquellas personas que solamente necesiten un examen de los ojos o lentes a precio de descuento deben comunicarse con la clínica University of Houston Good Neighbor al teléfono (713) 527-8480. Para los que necesiten solamente lentes, favor de llamar al Lions Club al (713) 796-2960 o Prevent Blindness Texas al (713) 526-2559.

## **¿QUIENES CALIFICAN PARA AYUDA DE LA FUNDACION?**

Para calificar para asistencia por parte de la Fundación Houston Eye Associates, se requieren los siguientes recaudos:

### **1) Necesita comprobar que se le ha negado ayuda por medio del condado donde el paciente vive. Llame directamente a su condado:**

Angelina County	936-634-5431	Hardin County	409-246-5189
Brazoria County	979-864-1884	Harris County	713-566-6691
Bexar County	210-358-3171	Liberty County	936-336-4693
Chambers County	409-267-8306	Matagorda County	979-245-8421
Colorado County	979-732-9453	Montgomery County	936-523-5100
Fort Bend County	281-341-6624	Orange County	409-882-7838
Galveston County	409-770-5550	San Jacinto County	936-653-2091
Gillespie County	830-990-7567	Trinity County	936-642-1736
Jasper County	512-458-7706/409-423-6935	Waller County	979-826-7730
Jefferson County	409-835-8530/409-983-8380	Wharton County	979-595-2800

- b.) Si el paciente es mayor de 65 años de edad, necesita comprobar que se le ha negado ayuda por parte de Medicare. Llame al (800) 772-1213 por más información.
- c.) Si el paciente es menor de 18 años de edad, necesita comprobar que se le ha negado ayuda por parte de Medicaid. Llame al (800) 252-8263.
- d.) Si el paciente está recibiendo cheques de deshabilitado, necesita comprobar que no califica para ayuda por parte de Medicare.

### **1.) Comprobar ingresos.**

- a) Copia de sus impuestos del año 2016 (forma 1040) para los que trabajan desde su hogar.
- b) Copia del último talón de cheque o recibo de pago que incluya cuanto se le ha pagado desde el principio del año. Si no tiene las formas necesitará mostrar prueba de ingresos a través de una carta escrita por su empleador, comprobando su salario y cuanto tiempo ha estado trabajando para ellos. Si usted no tiene empleo y vive con familiares, necesita entregar información sobre los ingresos de la familia con la que vive.

### **2.) Paciente tiene que vivir en Texas permanente.**

**La aplicación estará completa cuando regrese la aplicación con todos los requisitos mencionados anteriormente.**



Favor de escribir con claridad y regrese esta forma con los documentos necesarios a:
7155 Old Katy Road, Suite N100 - Houston, Texas 77024
Phone (713) 558-8740 Fax (713) 395-1666
www.houstoneye.com/foundation
heaf@houstoneye.com

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
Primer Nombre Apellido

¿Es Usted paciente de Houston Eye Associates? \_\_\_\_\_ ¿Quién es su médico? \_\_\_\_\_

¿Quién lo recomendó a esta Fundación? \_\_\_\_\_
Nombre del padre(s) (si es menor de 18)

¿Cuál es el problema de sus ojos? \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento No. de Seguro Social No. hogar No. trabajo No. celular

Domicilio Ciudad, Estado Zona Postal Condado

Ingreso anual de la familia Número de personas en este Domicilio que trabajan Número total de personas En este domicilio

Opcional: [ ]Anglo [ ]African-American [ ]Latin [ ]Asian [ ]Other [ ]Male [ ]Female

Conteste las siguientes preguntas Sí o No

- 1. ¿Ha aplicado para Medicare/Medicaid? \_\_\_\_\_ ¿Tiene Ud. seguro medico/Medicare o Medicaid? \_\_\_\_\_
2. ¿Tiene Ud. asistencia a través del condado? \_\_\_\_\_
3. ¿Recibe Usted ingresos del Seguro Social o por Incapacidad? \_\_\_\_\_ Cuanto es? \_\_\_\_\_
4. ¿Esta trabajando Ud.? \_\_\_\_\_ ¿Si NO, es su problemas de su vista que prohíbe que Ud. trabaje? \_\_\_\_\_
5. ¿Ud. reporta sus ingresos cada año? \_\_\_\_\_ ¿Esta viviendo en Texas permanente? \_\_\_\_\_

Completa esta aplicación y regrese con todos los siguientes documentos:

- [ ] NECESARIO - Carta de negación del condado donde vive
[ ] NECESARIO - Copia de los impuestos del año 2016 (1040 Tax Return)
[ ] NECESARIO - Copia de el ultimo talon de cheque que incluye ingresos del año en curso o comprobante de ingresos, tal como una carta de su lugar de empleo o del miembro familiar que mantiene el paciente.
[ ] Carta de negación de Medicaid/Medicare es NECESARIO solamente si es aplicable es mayor de 65 años, menor de 18 anos o esta recibiendo cheque de deshabilitacion.

Lugar de Empleo Posición Salario Anual

Lugar de Empleo de su esposo/a Posición Salario Anual

Por favor complete sus gastos mensuales: Renta \_\_\_\_\_ Electricidad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
Comida \_\_\_\_\_ Carro \_\_\_\_\_ Manutención de niño(s) \_\_\_\_\_

Yo, entiendo que de calificar como paciente de HEAF, mi condición de paciente, podría ser inmediatamente revocada si no pongo a disposición de HEAF información acerca de mis ahorros, 401K, cuentas de retiro individuales, certificados de deposito, prestamos, personales o comerciales, y propiedades personales en mi haber y cualquier otro beneficio o recurso financiero a mi disposición, mientras recibo ayuda de los servicios donados por la HEAF. Confirмо que yo vivo en este país permanente, la información aquí proporcionada es correcta y fidedigna hasta donde conozco.

Firma de paciente Fecha



## Formulario de Cumplimiento del Paciente

Yo \_\_\_\_\_(Nombre del paciente) entiendo que si soy aceptado para recibir ayuda de parte de la Fundacion, debo cumplir con las siguientes reglas que a continuacion se mencionan.  
De no cumplir con las reglas, puedo perder los beneficios y no participare en el programa.

1. **Llegar a tiempo a las citas** . Los medicos estan donando su tiempo y servicios para su tratamiento. Por favor respete el tiempo que disponen para usted. Ellos tambien tienen obligaciones con otros pacientes con cita en su practica privada.

Favor de firmar que entiende esta regla\_\_\_\_\_

2. **Evite cancelar la cita a ultimo momento.** Si usted no puede atender a su cita por cualquier razón, necesita comunicarse a nuestras oficinas por lo menos 24 horas antes para reprogramar su cita.

Favor de firmar que entiende esta regla\_\_\_\_\_

3. **Cumplir con las ordenes del Doctor.** Usted debe cumplir con las indicaciones del doctor durante el tiempo que permanezca siendo paciente de nuestra fundación, incluyendo todas las citas que el medico considere necesarias y seguir el plan de tratamiento.

Favor de firmar que entiende esta regla\_\_\_\_\_

Los medicos y empleados de Houston Eye Associates estan donando su tiempo y servicios para usted. Los gastos de hospital, costos de procedimientos de cirugia y otros pagos relacionados con su cuidado son cubiertos por Houston Eye Associates.

He leído , entiendo y estoy de acuerdo en cumplir con las reglas establecidas en este document. Tambien entiendo que de no cumplir con este reglamento, mi participacion en este programa de la Fundacion, sera terminado.

Firma del paciente\_\_\_\_\_ fecha\_\_\_\_\_

Nombre del paciente (letra impresa)\_\_\_\_\_

Para responder a sus preguntas favor de llamar a la Fundacion (713) 558-8740.



**Please complete this document ONLY if the applicant is not employed.**  
**Por favor completa esta pagina si no trabaja el aplicante.**

**STATEMENT OF SUPPORT**

If someone other than your spouse supports you, he/she must fill out this form:

I, \_\_\_\_\_ (name of supporter) have supported \_\_\_\_\_  
(client's name) for this long (**Example 4 months**):\_\_\_\_\_.

**I do**       **I do not**      give him/her room and board.

**I do give him/her \$**\_\_\_\_\_  Weekly  Every 2 weeks  Twice monthly  Weekly

My relationship to him/her is\_\_\_\_\_. I understand that I am not responsible for his/her medical bills unless I have a legal responsibility to support him/her. I receive income from \_\_\_\_\_.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_ Telephone Number: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE AYUDA FINANCIERA**

Si recibe ayuda de otra persona que no sea su cónyuge, esa persona deberá completar este formulario:

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre de quién brinda ayuda financiera) he ayudado a \_\_\_\_\_  
(nombre del cliente) durante (**Ejemplo: 4 meses**):\_\_\_\_\_.

**Yo le otorgo**  **Yo no le otorgo**      alojamiento y comida.

**Yo le otorgo \$**\_\_\_\_\_  Semanal       Cada dos semanas       Bi-mensual       Mensual

Mi relación con él/ella es \_\_\_\_\_. Comprendo que no soy responsable del pago de sus cuentas médicas salvo que tenga la responsabilidad legal de mantenerlo/a. Recibo ingresos de \_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en imprenta: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_