



mayo 2018

7155 Old Katy Road - Houston, Texas 77024
Phone (713) 558-8740 Fax (713) 395-1666
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 2017 (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 2017 (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 años 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. Confirmo 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: _____