

Favor de escribir con claridad y regrese esta forma con los documentos necesarios a:
 7155 Old Katy Road, Suite N100 - Houston, Texas 77024
 Teléfono (713) 558-8740 Fax (713) 558-8760



www.houstoneye.com/foundation
heaf@houstoneye.com

Nombre del paciente _____ Fecha: _____
(Primer Nombre) (Apellido)

¿Es usted paciente de Houston Eye Associates? _____
Nombre del padre(s) (si es menor de 18)

¿Quien lo recomendó a esta Fundación? _____
 ¿Quien es su médico? _____

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

Domicilio _____
Ciudad Estado Código Postal

Número total de personas en este domicilio _____ Número total de personas que trabajan _____ Ingreso anual de la familia _____ Condado de residencia _____

Opcional: Blanco Negro/Afroamericano Hispano/Latino Asiático Otro
 Masculino Femenino

Conteste las siguientes preguntas SI o NO

1. ¿Tiene usted seguro médico? _____
2. ¿Tiene usted Medicare? _____ ¿Tiene usted Medicaid? _____ Si NO, ¿ha aplicado? _____
3. ¿Tiene asistencia a través del condado? _____ Si NO, ¿ha aplicado anteriormente? _____
4. ¿Está trabajando actualmente? _____ ¿Si NO, es problema de su vista que prohíbe que trabaje? _____
5. ¿Está viviendo en Texas permanentemente? _____
6. ¿Usted o alguien en su hogar ha declarado impuestos? _____
7. ¿Ha agotado otras opciones disponibles, como: 401k, fondo de retiro, activos de propiedad, fondos disponibles de familia, ¿o amigos?: _____

¿Para qué tipo de problema médico de los ojos está buscando ayuda? _____

¿Cuál programa está solicitando?

Programa de Cirugía / Especialidad Médico Eye Care for Kids Program (programa de vista para niños)
(solo para los pacientes de 21 años o menos)

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 puedo revelar todos los activos financieros o si la Fundación se da cuenta de apoyo financiero no revelado, y disponible mientras se benefician de los servicios donados de HEAF. También confirmo que vivo en Texas de forma permanente y la información anterior es exacta y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

 Firma del Solicitante o Representante Legal

 Fecha

 Nombre de Paciente o Representante Legal (letra impresa)

 Relación con el Solicitante si es Representante Legal



Houston Eye Associates Foundation Forma Conformidad del Paciente

Yo _____ (nombre del paciente) entiendo que, si soy aceptado para recibir ayuda de parte de la Fundación, debo cumplir con los siguientes términos y entiendo que en no cumplir con estas reglas puede resultar en ser terminado del programa:

1. **Llegar a tiempo a las citas.** Los médicos están donando su tiempo y servicios para su tratamiento. Por favor respete el tiempo que disponen para usted. Ellos también tienen obligaciones con otros pacientes en su práctica privada.

Iniciales del Paciente: _____

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

Iniciales del Paciente: _____

3. **Cumplir con las órdenes 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.

Iniciales del Paciente: _____

4. **Ser responsable de transportación y alojamiento, si es necesario.** Mientras que el cuidado de los servicios de los ojos está cubierto al 100%, usted reconoce que es su responsabilidad de tener su propio transporte desde y donde están sus citas. Si viene desde fuera de la ciudad, usted reconoce que es su responsabilidad para conseguir su propio alojamiento en caso de que es necesario quedarse la noche.

Iniciales del Paciente: _____

Los médicos y empleados de Houston Eye Associates están **donando** su tiempo y servicios para usted. Los gastos del hospital, costos de procedimientos de cirugía 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 documento. También entiendo que, de no cumplir con estos reglamentos, mi participación en este programa de la Fundación será terminado.

Firma del Solicitante o Representante Legal

Fecha

Nombre de Paciente o Representante Legal (letra impresa)

Relación con el Solicitante si es Representante Legal



**HOUSTON EYE ASSOCIATES
FOUNDATION**

Por favor presentar los siguientes documentos NECESARIOS junto con la solicitud completada.

Por favor no enviar originales. Oficina de HEAF no puede fotocopiar y regresar sus documentos.

Para los Solicitantes Aplicando para Programa de Cirugía / Especialidad Médico

- NECESARIO** - Carta de rechazo del programa indigente del condado de residencia.
- El solicitante debe haber aplicado y mostrar prueba del rechazo actualmente de asistencia médica del condado en el que residen. A continuación, se presentan los números de teléfono del condado más solicitados:

Angelina County	936-634-5431	Jasper County	409-423-6935
Bexar County	210-358-3350	Jefferson County	409-835-8530
Brazoria County	979-864-1884	Matagorda County	979-244-8134
Cameron County	956-389-3672	Montgomery County	936-523-5101
Collin County	972-548-4702	San Jacinto County	936-653-2091
Dallas County	214-590-6013	Smith County	903-526-4405
Fort Bend County	281-341-6624	Tarrant County	817-702-1001
Galveston County	409-949-3439	Travis County	512-978-8130
Harris County	713-566-6509	Waller County	979-826-7730
Hunt County	903-408-1121	Wharton County	979-595-2800

- NECESARIO** - Copia de los impuestos más recientes del hogar.
- NECESARIO** - Copia de los ultimo dos talones de cheque que incluya ingresos del año en curso para todas las personas que trabajan en el domicilio, o una carta escrita de su lugar de empleo. Si trabaja por cuenta propia, por favor proporcione una carta confirmando el tipo de ocupación y del ingreso bruto mensual. Si es desempleado, una copia de cualquier ayuda financiera que recibe como discapacidad, seguro social, o de desempleo. Si está desempleado y está viviendo con familia, mande comprobante de ingresos del hogar de la familia confirmando que están apoyándole financieramente a usted el solicitante.
- NECESARIO** - Si el solicitante tiene, seguro médico privado, es necesario que incluya una copia de la tarjeta de seguro y plan de seguro que establece lo que es el deducible.
- SOLAMENTE** si el aplicante es menor de 18 años o tiene más de 65 años, es necesario que incluya una letra de negación de Medicaid/Medicare.
- SOLAMENTE** si el aplicante está recibiendo ingresos de discapacidad, es necesario que incluya la letra de negación de Medicaid/Medicare.

Para preguntas sobre el Programa de Cirugía / Especialidad Médico:

Ashley Herrera, Coordinadora de Servicios para el Programa

(Tel) 713-558-8740

(Fax) 713-558-8760 / aherrera@houstoneye.com

Para los Solicitantes aplicando para Eye Care for Kids (programa de vista para niños):

- NECESARIO** - Copia de los impuestos más recientes del hogar.
- NECESARIO** - Copia de los ultimo dos talones de cheque que incluya ingresos del año en curso para todas las personas que trabajan en el domicilio, o una carta escrita de su lugar de empleo. Si trabaja por cuenta propia, por favor proporcione una carta confirmando el tipo de ocupación y del ingreso bruto mensual. Si es desempleado, una copia de cualquier ayuda financiera que recibe como discapacidad, seguro social, o de desempleo. Si está desempleado y está viviendo con familia, mande comprobante de ingresos del hogar de la familia confirmando que están apoyándole financieramente a usted el solicitante.

Para preguntas sobre el Programa de Eye Care for Kids:

Sonji Mims, Coordinadora de Servicios para el Programa

(Tel) 713-668-6828 ext. 2951

(Fax) 713-558-8760 / smims@houstoneye.com