



Una organización sin fines de lucro comprometida con la preservación y restauración de la vista, la Fundación de Houston Eye Associates ofrece dos programas con un objetivo unificado: eliminar los obstáculos económicos de la buena calidad, comprensivo, y compasivo, de ayuda médicamente relacionadas con la salud de vista para los Tejanos en necesidad.

**APLICACIÓN** Por favor complete y envíe los documentos por correo regular, correo electrónico o fax al:

**Dirección :** Houston Eye Associates Foundation/ 7155 Old Katy Road, Suite S110 / Houston, TX 77024

**Correo electrónico:** [heaf@houstoneye.com](mailto:heaf@houstoneye.com)

**Teléfono:**713.558.8740

**Fax:**713.558.8760

## Indique a qué programa está solicitando

Programa de Cirugía / Especialidad Médico

**ATENCIÓN MÉDICA/QUIRÚRGICA RELACIONADA CON LA VISIÓN, SIN COSTO PARA TEJANOS DE BAJOS INGRESOS Y BAJO ASEGURAMIENTO (TODAS EDADES)**

¿PROBLEMA MÉDICO DEL LOS OJOS? \_\_\_\_\_  
 ¿OTRAS CONDICIONES OCULARES? \_\_\_\_\_  
 ¿PACIENTE ES DIABÉTICO?  SI  NO  
 FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN DE LA VISTA \_\_\_\_\_

Programa de Eye Care for Kids (programa de vista para niños)

**EXÁMENES DE LA VISTA Y LENTES SIN COSTO PARA ESTUDIANTES DE BAJOS INGRESOS DEL ÁREA DE HOUSTON (5 A 21 AÑOS)**

ESTUDIANTE VIVE EN TEXAS PERMANENTEMENTE  SI  NO  
 ESTUDIANTE ACTUALMENTE UTILIZA GAFAS  SI  NO  
 FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN DE LA VISTA \_\_\_\_\_  
 ESCUELA DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_  
 DISTRITO ESCOLAR DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL SOLICITANTE PARA AMBOS PROGRAMAS

¿ES USTED UN PACIENTE ANTERIOR O ACTUAL DE HOUSTON EYE ASSOCIATES?  SI  NO

¿HA APLICADO CON LA FUNDACIÓN DE HOUSTON EYE ASSOCIATES EN EL PASADO?  SI  NO

SOLICITANTE: \_\_\_\_\_  
 PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (\_\_\_\_) (\_\_\_\_)  
 Fecha de nacimiento Edad Correo electrónico Teléfono de casa Teléfono celular  
 \_\_\_\_\_ TEXAS \_\_\_\_\_  
 Dirección Ciudad Código postal Condado  
 \_\_\_\_\_  
 Número de apartamento o unidad

PADRE O GUARDIAN: \_\_\_\_\_  
SI EL SOLICITANTE ES MENOR DE 18 AÑOS PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO

# TOTAL DE PERSONAS EN EL DOMICILIO: \_\_\_\_\_ # TOTAL DE PERSONAS QUE TRABAJAN: \_\_\_\_\_  
 INGRESO ANUAL DEL DOMICILIO: \$ \_\_\_\_\_ /AÑO

- ¿El solicitante tiene seguro de salud?  SI  NO Si la respuesta es SI, cual es el nombre del seguro medico \_\_\_\_\_  
**Si está asegurado, incluye copias de la tarjeta de aseguranza por delante y detrás**
- ¿El solicitante tiene Medicare, Medicaid o CHIP?  SI  NO Si NO, ¿el solicitante ha aplicado para esos programas?  SI  NO
- ¿El solicitante tiene asistencia médica del condado?  SI  NO Si NO, ¿ha aplicado el solicitante anteriormente?  SI  NO
- ¿Está empleado el solicitante?  SI  NO Si NO, ¿el desempleo se debe a problemas de la vista?  SI  NO
- ¿El solicitante vive en Texas permanentemente?  SI  NO
- ¿El hogar del solicitante declara impuestos?  SI  NO
- ¿Tiene el solicitante otro apoyo, como asistencia de amigos o familiares, ahorros, 401K, fondos de jubilación?  SI  NO

Por favor complete sus gastos mensuales: Renta \_\_\_\_\_ Electricidad y Gas \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Comida \_\_\_\_\_ Auto \_\_\_\_\_  
 Manutención de los hijos (si se corresponde) \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN REQUERIDA DEL HOGAR DEL SOLICITANTE

Nombre de cada miembro del hogar*	Relación del Solicitante: cónyuge legal (o conviviente donde fuera legal), guardián legal, hijo o hija	Edad	Empleado	Ingreso Mensual	Empleador/ Fuente de Ingresos
1.	Solicitante (yo mismo)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
2.			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
3.			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
4.			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
5.			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
6.			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

*\*Si necesitas más espacio, aliste los miembros adicionales del hogar y la información en una hoja separada.*

Si alguien en el hogar está en edad de trabajar y no tiene empleo, por favor explique:

---



---

### ADJUNTA LOS REQUERIDOS COMPLETO INCLUYENDO:

- LISTA DE VERIFICACIÓN DE APOYO** con los documentos requeridos con fecha dentro de los último doce (12) meses.
- FORMA CUMPLIMIENTO DEL PACIENTE**, rubricado y firmado.

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA OPCIONAL

Para cumplir su misión, la Fundación cuenta con donaciones y subvenciones. La siguiente información ayuda a asegurar este apoyo.

**SEXO DEL SOLICITANTE:**  Femenino  Masculino  Otro **PRONOMBRE PREFERIDO:**  Ella  Él  Ellos

**RAZA/ETNIA DEL SOLICITANTE:**

- Hispano / LatinX     
  Negro / África-Americano     
  Blanco / Caucásico     
  Indio Americano / Nativo de Alaska  
 Asiático / Indio Asiático / Oriente Medio     
  Nativo Hawaiano/ Isleño del Pacífico     
  Otro     
  Raza Mixta

## CERTIFICACIÓN REQUERIDA

Entiendo que, si soy elegible para ayuda, el estado como paciente de la Fundación de HEA puede ser revocado INMEDIATAMENTE por no revelar todos los activos financieros, o si la Fundación se entera de apoyo financiero no revelado mientras recibe los servicios de la Fundación de HEA. Confirmando 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 padre/guardián/representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letra de Imprenta

Estoy completando esta solicitud para mí o para mi hijo/a

Esta solicitud fue completada por otra persona: \_\_\_\_\_

Nombre del representante

Número de teléfono

## AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo los siguientes individuales o organización que divulga la información sobre el solicitante nombrado en esta aplicación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOMBRE

NUMERO DE TELEFONO

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE APOYO REQUERIDA: PROGRAMA DE CIRUGIA / ESPECIALIDAD MEDICO

**Por favor envíe los siguientes documentos REQUERIDOS junto con esta solicitud completado:**

Trate de no enviar originales. La oficina de HEAF no copiará ni devolverá ningún documento.

Todos los documentos reportados deben estar fechados dentro de los últimos doce (12) meses.

- REQUERIDO** - Carta de rechazo del programa indigente de salud con el condado de residencia

El solicitante debe haber solicitado y mostrado prueba de negación actualmente con la ayuda del condado de atención médica para indigentes donde residen. A continuación, se muestra una lista de contactos de los condados más pobladas del estado.

Para obtener una lista completa, llame al (800)-222-3986 Extensión 6467 o visite:

<https://www.hhs.texas.gov/services/health/county-indigente-salud-cuidado-programa>

Condado	Nombre del Programa	Número de teléfono
Harris	Programa de Asistencia Financiera de Harris Health (tarjeta dorada)	(713) 566-6509
Dallas	Asistencia Financiera de Parkland (PFA)	(214) 590-8831
Bexar	Programa CareLink	(210) 358-3350
Travis	Programa de Acceso Médico (MAP)	(512) 978-8130
Collin	Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes	(972) 548-4702
Denton	Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes	(940) 349-2940
Hidalgo	Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes	(956) 318-2011
Fort Bend	Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes	(281) 341-6624
Montgomery	Programa de Asistencia para el Cuidado de la Salud (HCAP)	(936) 523-5100
Galveston	Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes	(409) 949-3439

- REQUERIDO** – Copia de los impuestos más recientes para cada miembro del hogar que presenta la declaración

- REQUERIDO** – Verificación de Ingresos y Finanzas del Hogar

- Copia de dos (2) talones de pago más recientes de cada miembro del hogar que este recibiendo salario
- Si trabaja por su cuenta propia, proporcione una carta que confirme la ocupación y el ingreso mensual O también puede incluir tres (3) meses de estados de cuenta bancarios
- Si está desempleado, una copia de cualquier carta de aprobación financiera de las oficinas de discapacidad, seguridad social o desempleo
- Si está desempleado y vive con miembros de la familia, envíe los comprobantes de los ingresos del hogar para la familia
- Si está desempleado y vive de forma independiente, proporcione una carta que confirme el apoyo (ver ejemplo de la carta de apoyo financiero)
- Si vive en un hogar de grupo o refugio, incluya una carta de residencia en papel con membrete de la agencia
- Si recibe ayuda financiera de incapacidad, incluya la carta que confirme los beneficios por incapacidad y la fecha cuando inicio la asistencia. Para la compensación de los trabajadores, incluya la carta con la información sobre el reemplazo del salario.
- Si está desempleado y vive de ahorros/jubilación, proporcione estados de cuenta bancarios de los últimos tres (3) meses.

- REQUERIDO** – Si el solicitante tiene un seguro médico privado, proporcione una copia del plan que indique el balance de deducible y copia de la tarjeta del seguro

- REQUERIDO**- Si el solicitante es menor de 18 años O mayor de 65 años, se requiere una carta de negación de Medicaid o Medicare.

La carta de negación de MEDICARE o MEDICAID solo se requiere para las siguientes situaciones:

- Si el solicitante está recibiendo ingresos por discapacidad
- Si el solicitante tiene más de 65 años, se debe incluir una carta de negación de MEDICARE con esta solicitud. Llame al 1-800-772-1213 o al 866-539-5598 para comenzar el proceso de MEDICARE
- Si el solicitante tiene 18 años o menos, se debe incluir una carta de negación de MEDICAID con esta solicitud. Llame al 1-800-252-8263 o al 800-925-9126 para comenzar el proceso de MEDICAID.

### PARA PREGUNTAS SOBRE EL PROGRAMA DE CIRUGÍA/ ESPECIALIDAD MÉDICO

**Ashley Palacios, Coordinadora de Servicios del Programa**

**TELÉFONO: 713-558-8740 FAX: 713-558-8760**

**CORREO ELECTRÓNICO: [aherrera@houstoneye.com](mailto:aherrera@houstoneye.com)**

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE APOYO REQUERIDA: EYE CARE FOR KIDS (PROGRAMA DE VISTA PARA NIÑOS)

**Por favor envíe los siguientes documentos REQUERIDOS junto con esta solicitud completado:**

Trate de no enviar originales. La oficina de HEAF no copiará ni devolverá ningún documento.

Todos los documentos reportados deben estar fechados dentro de los últimos doce (12) meses.

El Programa de Eye Care for Kids Vision (programa de vista para niños) se asocia con médicos del área de Houston que ofrecen exámenes de la vista para estudiantes (de años 5 a 21) y les proporcionan anteojos sin costo para pacientes o sus familias. La mayoría de los programas de seguro médico, incluyendo CHIP, Medicare y Medicaid, brindan cobertura para este cuidado de la vista.

**REQUERIDO**– Copia de los impuestos más recientes del hogar

**REQUERIDO**– Finanzas del hogar

- Copia de los ultimo dos talones de cheque que incluye ingresos del año hasta la fecha para todas las personas que trabajan en el domicilio. Si no hay comprobantes de pago disponibles, será suficiente una carta del empleador o Letra de Verificación de Empleo.
- Si trabajan por su propia cuenta, proporcione una carta de trabajo que confirme ocupación y su ingreso bruto mensual.
- Si están desempleados, una copia de cualquier carta de aprobación financiera de las oficinas de discapacidad, seguridad social o desempleo
- Si reciben ayuda financiera de incapacidad, incluye la carta que confirme los beneficios por incapacidad. Para la compensación de los trabajadores, incluye la carta con la información sobre el reemplazo del salario.
- Si no están trabajando, proporcione una carta que detalle cómo paga los gastos de manutención (ver ejemplo)
- Si están desempleado y viven de ahorros/jubilación, proporcione estados de cuenta bancarios de los últimos tres (3) meses.

### PARA PREGUNTAS SOBRE EL PROGRAMA DE EYECARE FOR KIDS CONTACTA

**Sonji Mims, Coordinadora de Servicios del Programa**

**TELÉFONO: 713-558-8740**

**FAX: 713-558-8760**

**CORREO ELECTRÓNICO: [smims@houstoneye.com](mailto:smims@houstoneye.com)**

Tenga en cuenta que los doctores y otros médicos profesionales locales donan sus servicios médicos/quirúrgicos y consultas. Donaciones y subvenciones privadas permiten que la Fundación de Houston Eye Associates cubre los cargos del cuidado ambulatorio y servicios quirúrgicos, los anteojos y otros gastos auxiliares para los pacientes.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del paciente/guardián) entiendo que, si soy aceptado para la asistencia de la Fundación, acepto los siguientes términos o puedo ser terminado del programa:

1. **llegaré a tiempo a las citas.** Los médicos donan su tiempo y servicios para este tratamiento. Sea respetuoso con su horario ya que también tienen una práctica privada con demás citas programadas.  
Iniciales: \_\_\_\_\_
2. **Evitaré cancelaciones.** Si no puede asistir a su cita(s), por el motivo que sea, debe comunicarse con la oficina de su médico para reprogramar su cita con *un mínimo de 24 horas de antelación.*  
Iniciales: \_\_\_\_\_
3. **Seguirá los órdenes de su médico.** Debe seguir los órdenes de sus médicos durante la totalidad del estado con la Fundación, incluyendo todas las citas que sus médicos considere necesarias y seguir todos los planes de tratamiento.  
Iniciales: \_\_\_\_\_
4. **Soy responsable del transporte y alojamiento,** si es necesario. Mientras que el cuidado de los servicios de los ojos está cubierto al 100%, usted reconoce que es responsable de tener su propio transporte desde y donde estén las citas. Si viene de 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: \_\_\_\_\_
5. **Soy responsable de revelar todos los activos financieros.** Entiendo que la información que presento sobre mis ingresos anuales y el tamaño de mi familia está sujeta a verificación. También entiendo que si se determina que la información que presento es falsa o si no notifico a HEAF sobre cualquier cambio o inscripción nueva de seguro médico, tal determinación resultará en denegación de servicios.  
Iniciales: \_\_\_\_\_

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores. Entiendo que, si no me adhiero a los acuerdos mencionados anteriormente, mi estado de fundación puede ser cancelado.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o padre/guardián (letra imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

## PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE LOS PROGRAMAS DE LA FUNDACIÓN DE HOUSTON EYE ASSOCIATES

La Fundación de Houston Eye Associates es una organización sin fines de lucro creado por médicos de Houston Eye Associates para brindar atención médica de la vista a los tejanos en necesidad. Los médicos generosamente donan su tiempo y servicios. A través de contribuciones y subvenciones privadas, la Fundación cubre los gastos relacionados con el tratamiento médicamente necesario, incluyendo: cargos por las instalaciones quirúrgicos, medicamentos, anteojos y servicios auxiliares para preservar y restaurar la vista.

### ¿Cómo envío mi solicitud?

La aplicación y los documentos en apoyo de la solicitud se pueden entregar en persona, por correo, fax o correo electrónico (heaf@houstoneye.com).

### ¿Qué sucede después con mi solicitud?

Puede tomar de 3 a 6 semanas para procesar su solicitud. Tenga en cuenta que las solicitudes incompletas tardarán más en procesarse.

#### **\*Programa de Cirugía/ Especialidad Médico**

Una vez aprobado, recibirá una llamada para programar cita con su médico. Se le enviará por correo una carta de aprobación que incluirá una tarjeta de servicio y será válidos por un año. Los pacientes son elegibles para renovación al cierre del año de servicio.

#### **\*Programa de Vista para Niños**

Una vez aprobado, recibirá una llamada con el nombre de su médico y se le proporcionará un cupón de aprobación. La oficina del médico también será notificada de la aprobación del solicitante. El padre/guardián debe programar y mantener cita con su médico.

### ¿Qué servicios proporcionan?

La Fundación de Houston Eye Associates brinda servicios del cuidado de la vista sin costo para residentes de bajos ingresos y que carecen seguro o tienen seguro insuficiente.

#### **\*Programa de Cirugía/ Especialidad Médico**

Nuestros médicos realizan exámenes oculares y son capacitados en especialidades como: córnea, retina, glaucoma, pediatría, oculoplástica y uveítis. Houston Eye Associates también tiene un centro óptico que se especializa en la corrección de la vista. Mientras los pacientes de la Fundación del Programa Médico/Quirúrgico son aceptados por todo el estado de Texas, el tratamiento se brinda dentro del área metropolitana de Houston. Por el momento, los servicios disponibles se limitan a cirugías ambulatorias. El transporte y alojamiento durante el cuidado deben ser arreglado por el paciente o su padre/guardián.

#### **\*Programa de Vista para Niños**

Nos asociamos con optometristas del área que brindan exámenes de la vista y anteojos gratuitos a los estudiantes recomendados por la Fundación. Con aprobación, la Fundación puede suscribir un reemplazo de una vez por anteojos rotos o perdidos.

### ¿Por qué necesitan tantos documentos?

Como organización sin fines de lucro, los servicios de la Fundación de Houston Eye Associates ayudan a cumplir las necesidades médicas para los tejanos de bajos ingresos, con seguro insuficiente y aquellos que no pueden pagar por la atención privada. La única forma en que podemos verificar esta información es recibiendo copias de los documentos solicitados. La Fundación de Houston Eye Associates es auditada cada año y debe proporcionar documentación que demuestre adhesión al cumplimiento de aceptación del programa.

### ¿Qué sucede si mi información cambia (estado del seguro, información de contacto, ingresos del hogar)?

Por favor mantenga nuestra oficina informada de cualquier cambio sobre su seguro, número de teléfono, ingresos, etc.

### ¿Qué se considera ingresos del hogar?

El ingreso del hogar es una medida del apoyo de todos los miembros de la familia inmediata que comparten un lugar de residencia. Incluyendo todos los ingresos salarios, ingresos de jubilación, cupones de alimentos, Seguro Social, SSI o discapacidad.

### ¿Qué hago si necesito ayuda para completar una solicitud?

**Por favor llámenos al 713-558-8740** y un funcionario puede ayudarlo. Venga preparado con los documentos enumerados en la lista de verificación, las solicitudes incompletas serán detenidos hasta que se hayan recibido todos los documentos requeridos. Si es necesario, la Fundación tiene personal bilingüe (español/inglés) que podrá asistirlo.

### ¿Cuánto tiempo permanecerá actualizada mi solicitud?

Los pacientes aprobados permanecen activos en los programas durante un año o hasta que cambie el estado del seguro/ingresos. Son elegibles para renovación al cierre del año. Las solicitudes pendientes se conservan por dos años. Información adicional puede ser requerida.

### ¿Dónde se encuentra Fundación Houston Eye Associates?

La oficina de la Fundación está ubicada en: 7155 Old Katy Road, Suite S110 Houston, Texas 77024.

El cuidado del paciente se lleva a cabo en las ubicaciones de Houston Eye Associates, consultorios médicos o centros quirúrgicos del área de Houston.

**TELÉFONO: 713-558-8740**

**FAX: 713-558-8760**

**CORREO ELECTRÓNICO: heaf@houstoneye.com**

## EJEMPLO DE CARTA DE APOYO FINANCIERO

Se requiere una carta que certifique el apoyo financiero si el solicitante es mayor de 18 años y recibe apoyo financiero de alguien que conoce.

Por favor envíe con la solicitud y los documentos requeridos.

---

Yo, \_\_\_\_\_, brindo a \_\_\_\_\_ apoyo financiero.  
*nombre de la persona* *nombre del solicitante*

Mi relación con el paciente es \_\_\_\_\_.

Los he estado apoyando desde \_\_\_\_\_.  
*período de tiempo*

El costo de este apoyo es \$ \_\_\_\_\_ por  semana  mes  año

El solicitante reside conmigo: SI NO

El apoyo que doy les ayuda con \_\_\_\_\_.

Recibo ingresos de \_\_\_\_\_.

Atentamente,

Nombre del remitente: \_\_\_\_\_

Firma del remitente: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_