



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 las barreras económicas para el cuidado de la visión de calidad, integral y compasivo para Tejanos en necesidad.

Por favor complete y envíe con los documentos de apoyo por correo postal, correo electrónico, fax o en persona a:

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

CORREO ELECTRÓNICO: heaf@houstoneye.com

TELÉFONO: (713) 558-8740

FAX: (713) 558-8760

PROGRAMA DE CIRUGÍA Y ESPECIALIDAD MÉDICA

Por favor describa los problemas de los ojos que tiene quien solicita (por ejemplo: cataratas, glaucoma, retina, etc.):

Fecha del último examen de la vista				¿En dónde?	
¿La persona solicitante tiene diabetes?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿La persona solicitante vive en Texas permanentemente?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Dirección		Ciudad		Condado	
				Código Postal	
¿Quién solicita es paciente actual de Houston Eye Associates (HEA)?					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Quién solicita ha presentado solicitud con la Fundación de HEA en el pasado?					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Cómo se enteró sobre nuestro programa?					

INFORMACIÓN REQUERIDA DEL SOLICITANTE

Primer Nombre:		Inicial del Segundo Nombre:		Apellido:	
Fecha de Nacimiento:		Edad:			
Si la persona solicitante es menor de 18 años, nombre del padre/madre/tutor(a):					
Relación con la persona solicitante menor de edad:					
Teléfono Celular:		¿Podemos enviarle mensajes de texto? (Se aplican cargos regulares por mensajes)			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Teléfono Alternativo(s):		Correo electrónico			
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿La persona solicitante tiene seguro médico? En caso de que SI, cual el nombre del plan:				
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿La persona solicitante tiene algún seguro médico a través de un programa del gobierno? Si respondió SI, ¿en qué programa está inscrito? <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro Si respondió NO, ¿lo ha solicitado anteriormente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿La persona solicitante tiene asistencia médica del condado (Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes)? Si respondió NO, ¿lo ha solicitado anteriormente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿La persona solicitante está empleado actualmente? Si respondió NO, ¿el desempleo es debido de problemas de la vista? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿El hogar de la persona solicitante declara impuestos (income tax)?				
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Tiene el solicitante otro apoyo como, asistencia de amigos/familiares, ahorros, 401K y/o fondos de jubilación? → Si la respuesta es SI, por favor describa:				

INFORMACIÓN REQUERIDA DEL HOGAR DEL SOLICITANTE

# Total de miembros en el hogar		# Total de personas que trabajan en el hogar			
Ingresos anuales aproximados del hogar		\$			
Nombre de cada miembro del hogar*	Relación del solicitante	Edad	¿Empleado?	Ingreso Mensual	Empleador / Fuente de Ingresos
1.	Solicitante		<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 se necesita más espacio, indique los miembros adicionales del hogar y la información en una hoja de papel aparte.					
Si alguna persona en el hogar tiene edad para trabajar y no está empleada , por favor explique:					
Por favor indique los gastos mensuales del hogar:					
Renta/Hipoteca	Servicios Públicos	Comida	Seguro <small>(ejempló: salud, hogar, otro)</small>	Auto	Otro: (por favor explique)
\$					

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA (OPCIONAL)

Para cumplir nuestra misión, la Fundación depende de donaciones y subvenciones. La siguiente información ayuda a garantizar este soporte.

género del solicitante	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	idioma preferido	Raza/Etnicidad <i>Marque todas las que correspondan</i>	<input type="radio"/> Asiático / Asiático Indio / Medio Oriente <input type="radio"/> Negro / Afroamericano <input type="radio"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="radio"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="radio"/> Blanco / Caucásico <input type="radio"/> Hispano / Latino@ <input type="radio"/> Otro
Pronombres preferidos	<input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Otro			

CERTIFICACIÓN REQUERIDA

HEAF adhiere a las pautas **Federales de Pobreza** establecidas por el gobierno de los EE. UU. para el año en curso para evaluar la elegibilidad.

ESTA AYUDA NO ES SEGURO MÉDICO. HEAF se reserva el derecho de verificar y determinar la validez de todos los documentos presentados con la solicitud.

La falsificación de cualquier información y/o documentación lo descalificará para recibir servicios bajo el programa de HEAF

(Para obtener más información sobre las Pautas Federales de Pobreza de EE. UU., visite: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>)

Entiendo que, si califico, mi estatus como paciente de HEAF puede ser revocado INMEDIATAMENTE por no revelar todos los activos financieros, o si HEAF toma conocimiento de apoyo financiero no revelado mientras recibo los servicios de HEAF.

Confirmando que vivo en Texas permanentemente y que la información proporcionada es precisa, según mi leal saber y entender.

Firma del Solicitante o <i>Padre/Tutor/Representante Legal</i>			
Nombre en Letra Imprenta		Fecha	
Relación con la persona solicitante que está completando la solicitud		<input type="checkbox"/> Padre/Tutor o <input type="checkbox"/> Persona Autorizada	

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

Autorizo a las siguientes personas u organizaciones a divulgar la información del solicitante mencionado anteriormente:

NOMBRE:	RELACIÓN:	NÚMERO DE TELÉFONO:

LISTA DE DOCUMENTOS REQUERIDOS: PROGRAMA DE CIRUGÍA Y ESPECIALIDAD MÉDICA

Por favor envíe los siguientes documentos de apoyo **REQUERIDOS** junto con esta solicitud completa:

- No envíe originales. La oficina de HEAF no hará fotocopias ni devolverá ningún documento.
- Todos los documentos presentados deben tener fecha dentro de los últimos doce (12) meses.

REQUERIDO Carta de denegación del Programa de Salud para Indigentes del Condado (CIHCP) del condado donde reside

Los solicitantes deben haber presentado la solicitud y demostrado la negación actual de asistencia médica en su condado de residencia.

A continuación, se presenta una lista de contactos de los condados más solicitados.

Para obtener una lista completa de todos los CIHCP, llame al **512-438-2350**.

o puede visitar: <https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/salud/programa-del-condado-de-atencion-medica-para-indigentes>

Para localizar una oficina local, visite 211texas.org o llame al 2-1-1.

Condado	Nombre del Programa	Teléfono
Harris	Programa de Asistencia Financiera de Harris Health (Tarjeta Dorada)	(713) 566-6509
Fort Bend	Programa de Atención Médica para Indigentes del Condado (CIHCP)	(281) 341-6624
Montgomery	Programa de Asistencia para la Atención Médica del Condado (HCAP)	(936) 523-5100
Brazoria	Programa de Atención Médica para Indigentes del Condado (CIHCP)	Oficina de Angleton: (979) 864-1884
		Oficina de Alvin: (281) 585-3024
Galveston	Programa de Atención Médica para Indigentes del Condado (CIHCP)	(409) 949-3439
Jefferson	Programa de Atención Médica para Indigentes del Condado (CIHCP)	Oficina de Beaumont: (409) 835-8530
		Oficina de Port Arthur: (409) 983-8380
Dallas	Asistencia Financiera de Parkland (PFA)	(214) 590-8831
Collin	Programa de Atención Médica para Indigentes del Condado (CIHCP)	(972) 548-4702
Travis	Programa de Acceso Médico (MAP)	(512) 978-8130
Bexar	Programa de CareLink	(210) 358-3350
Matagorda	Programa de Asistencia Médica (MAP)	(979) 245-8421

REQUERIDO Comprobante de Ingresos del Hogar

○ Para completar la solicitud, proporcione los detalles de ingresos de **TODAS** las personas que viven en el hogar bajo un mismo techo, incluyendo:

- La persona solicitante
- Su cónyuge o pareja
- Personas dependientes (sin importar la edad)
- Cualquier otra persona bajo la responsabilidad legal de la persona solicitante o de su cónyuge o pareja

POR FAVOR ENVÍE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN SEGÚN LA SITUACIÓN:

- Si está **empleado**, proporcione un mínimo de tres (3) talones de cheques o más.
 - Si le pagan en efectivo, una carta oficial del empleador que diga cuánto gana es suficiente.
 - Si trabaja por **cuenta propia**, incluya una carta que confirme la ocupación y el ingreso mensual bruto y/o tres (3) meses de extractos bancarios.
 - Si recibe **beneficios gubernamentales o privados**, envíe la carta de determinación de beneficios más reciente.

Ejemplos: Seguro Social, Discapacidad, Jubilación, Desempleo, Pensión o Pensión de Sobrevivientes.*

**Las personas que reciben Seguro Social por discapacidad también deben incluir la fecha de inicio de los beneficios.*
 - Si está **desempleado y vive de manera independiente**, proporcione una carta que confirme su manutención (vea el ejemplo incluido).
 - Si está **desempleado y depende de ahorros o jubilación**, proporcione extractos bancarios de los últimos tres (3) meses.
 - Si **vive en un hogar grupal o refugio**, incluya una carta de confirmación de residencia en papel de la agencia.
- Los solicitantes deben proporcionar una copia de la(s) declaración(es) de impuestos más reciente(s) del hogar para cada miembro que reporte (Income Tax).

LISTA DE DOCUMENTOS REQUERIDOS: PROGRAMA DE CIRUGÍA Y ESPECIALIDAD MÉDICA (continuación)

REQUERIDO Prueba de Identificación

La persona solicitante debe proporcionar una copia de una identificación con fotografía.

EJEMPLO: licencia de conducir, identificación estatal, matrícula consular, tarjeta de residente legal permanente, tarjeta de autorización de empleo, pasaporte y/o visa.

REQUERIDO Carta de denegación de Medicare o Medicaid

- **SOLAMENTE si la persona solicitante es mayor de 65 años**, debe incluir una carta de denegación de Medicare con esta solicitud.

En Línea: Visite el sitio web oficial de Medicare ([es.medicare.gov](https://www.medicare.gov)) y siga las instrucciones para presentar la solicitud en línea.

Por Teléfono: Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048) para hablar o chatear en vivo con un representante de Medicare.

En Persona: Visite su oficina local de la Administración del Seguro Social para recibir ayuda con la inscripción y hacer preguntas generales sobre el programa.

- **SOLAMENTE si la persona solicitante es menor de 18 años**, debe incluir una carta de denegación de Medicaid con esta solicitud.

En Línea: Visite el sitio web de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) (hhs.texas.gov/es). Utiliza el sitio de Your Texas Benefits (<https://www.yourtexasbenefits.com/Learn/Home?lang=es>) para crear una cuenta e iniciar sesión.

Por Teléfono: Para obtener ayuda, llame a la Línea de Ayuda de Medicaid al 800-335-8957 o al 2-11.

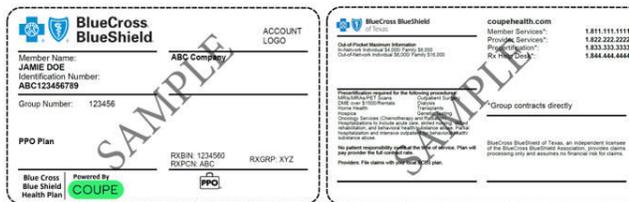
Por Correo: Descargue el formulario de solicitud de Medicaid del sitio web de HHSC o Your Texas Benefits, o solicite que le envíen una solicitud impresa por teléfono. Envíe por correo el formulario completo junto con los documentos requeridos a la dirección indicada en el mismo formulario.

En Persona: Visite una oficina local de HHSC o una organización comunitaria asociada.

También puede llamar al 2-1-1 o visitar el sitio web de Your Texas Benefits para encontrar la oficina o el socio más cercano.

REQUERIDO Prueba de Seguro Médico

SOLAMENTE si la persona solicitante tiene seguro médico privado, incluya una copia del plan de seguro que detalla los beneficios del plan y proporcione una copia de la tarjeta de seguro.



¡AYUDA SIEMPRE ESTÁ DISPONIBLE!

Por favor contacte nuestra oficina al

713-558-8740

o escríbenos a

heaf@houstoneye.com

para cualquier pregunta o para recibir ayuda con las solicitudes.

LA SOLICITUD CONTINÚA EN LA PRÓXIMA PÁGINA → → →

FORMULARIO DE COMPROMISO DEL PACIENTE (REQUERIDO)

Tenga en cuenta que los médicos y otros profesionales de la salud locales donan sus servicios médicos/quirúrgicos y consultas en el consultorio. Las donaciones privadas y subvenciones permiten que la Fundación de Houston Eye Associates (HEAF) cubra los costos de atención ambulatoria, tarifas de las instalaciones quirúrgicas, lentes y otros gastos adicionales para los pacientes.

INICIALES **Acepto los siguientes términos o podré ser excluido(a) del programa:**

	<p>1. Entiendo que la Fundación de Houston Eye Associates (HEAF) solo puede ayudarme con servicios que:</p> <p style="margin-left: 40px;">a. Sean considerados médicamente necesarios por mi médico, y</p> <p style="margin-left: 40px;">b. Estén dentro de lo que HEAF tiene permitido hacer.</p> <p>Si necesito un médico o especialista con que HEAF no trabaje, tendré que pagar esos servicios por mi cuenta. Esto también incluye algunos estudios o procedimientos que HEAF no puede cubrir ni proporcionar.</p>
	<p>2. Entiendo que la Fundación de Houston Eye Associates (HEAF) solo brinda ayuda para cirugías realizadas en un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC).</p> <p>Si mi cirugía debe realizarse en un hospital, HEAF no podrá ayudar a pagarla a menos que lo indiquen claramente. Tendré que pagar por mi cuenta cualquier procedimiento realizado en un hospital.</p>
	<p>3. Llegaré a tiempo a mis citas.</p> <p>Sé que los médicos están ofreciendo su tiempo como voluntarios para ayudarme. Seré respetuoso(a) con los médicos, su personal y su tiempo. Sé que también tienen otros pacientes y agendas ocupadas en su práctica médica regular.</p>
	<p>4. Haré todo lo posible por evitar cancelaciones.</p> <p>Si por alguna razón no puedo asistir a mi cita, llamaré a la oficina de mi médico al menos de 24 horas antes para cancelar o reprogramar.</p>
	<p>5. Entiendo que HEAF lleva un registro de las citas perdidas.</p> <p>Si faltó a demasiadas citas sin avisar con anticipación, podré ser removido(a) del programa.</p>
	<p>6. Seguiré las instrucciones de mi médico.</p> <p>Esto incluye asistir a todas las citas requeridas y completar el plan de tratamiento completo mientras esté recibiendo de su ayuda.</p>
	<p>7. Entiendo que debo pagar mi propio transporte y alojamiento, si es necesario.</p> <p>Entiendo que HEAF ayudará a cubrir mis servicios de atención ocular, pero soy responsable de ir y regresar de mis citas. Si viajo desde fuera de la ciudad y necesito pasar la noche, debo organizar y pagar por mi propio alojamiento.</p>
	<p>8. Entiendo que debo compartir toda la información sobre mis ingresos y recursos financieros.</p> <p>HEAF puede verificar esta información para asegurarse de que sea correcta, incluyendo mis ingresos anuales y cuántas personas forman parte de mi familia.</p>
	<p>9. Debo informar a HEAF si cambia mi seguro médico o si obtengo una nueva cobertura.</p> <p>Esto incluye obtener cualquier nuevo tipo de cobertura, especialmente un plan del Mercado de Seguros (Marketplace). A veces los pacientes tienen seguro médico a través del consultorio médico o de una farmacia; soy responsable de informarlo a HEAF al momento de la solicitud. HEAF revisa mi deducible para determinar si califico para recibir ayuda. Entiendo que HEAF no tomará en cuenta mi máximo de gastos de bolsillo (out-of-pocket maximum). También informaré a HEAF si califico para el CIHCP (Programa de Atención Médica para Indigentes del Condado).</p>

He leído, entiendo y acepto cumplir con lo mencionado anteriormente. Entiendo que si no cumplo con los acuerdos mencionados, mi estatus de fundación podrá ser cancelado.

Firma del Paciente O padre/madre/tutor:			
Nombre en letra de molde del Paciente O padre/madre/tutor:			
Fecha		Relación con el/la Paciente:	

PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE EL PROGRAMA MÉDICO/QUIRÚRGICO

La Fundación Houston Eye Associates (HEAF) es una organización sin fines de lucro fundada en 1981 por médicos de Houston Eye Associates para brindar atención médica de la vista a personas necesitadas en Texas.

Los médicos donan generosamente su tiempo y servicios. A través de contribuciones privadas y subvenciones, la Fundación cubre gastos relacionados con tratamientos médicamente necesarios, incluyendo: tarifas de instalaciones quirúrgicas, medicamentos, lentes y servicios auxiliares para preservar y restaurar la vista.

¿Cómo envío mi solicitud?

Las solicitudes y los documentos de respaldo pueden enviarse en persona, por correo postal, fax o correo electrónico (heaf@houstoneye.com).

¿Qué sucede después de enviar mi solicitud?

El proceso puede tardar de 3 a 6 semanas.

Las solicitudes incompletas requerirán más tiempo de procesamiento.

Para acelerar el proceso, le pedimos que se comuniqué con nuestra oficina después de enviar su documentación, en lugar de esperar a que nosotros le llamemos.

Una vez aprobado, recibirá una llamada con los detalles de su cita. Además, se le enviará por correo una carta de aprobación y una tarjeta de identificación de la Fundación.

Estos documentos serán **válidos por un año, al menos que se indique algo diferente**. Los pacientes pueden renovar al finalizar el año de servicio.

¿Qué servicios proporcionan?

HEAF ofrece atención oftalmológica sin costo para residentes de bajos ingresos y con seguro insuficiente.

Nuestros médicos hacen exámenes completos de la vista y están especializados en córnea, retina, glaucoma, oftalmología pediátrica y oculoplástica.

Houston Eye Associates también cuenta con varios ópticos que ofrecen corrección visual.

Aunque aceptamos pacientes de todo Texas, el tratamiento se brinda únicamente en nuestras instalaciones dentro del área metropolitana de Houston.

Actualmente, los servicios disponibles están limitados a cirugías ambulatorias.

El paciente o su familia deben encargarse y pagar el transporte y hospedaje durante el tratamiento.

TELEPHONE: 713-558-8740

FAX: 713-558-8760

EMAIL: heaf@houstoneye.com

¿Por qué necesitan tantos documentos?

HEAF es una organización sin fines de lucro que ayuda a personas de bajos ingresos o sin seguro suficiente que no pueden pagar atención privada.

La única manera de verificar esta información es recibir copias de los documentos solicitados.

HEAF es auditada cada año y está obligada a presentar documentación que demuestre que seguimos los criterios de aceptación del programa.

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

Es **obligatorio** mantener a nuestra oficina informada sobre cualquier cambio, como nuevo seguro, número de teléfono, ingresos, etc.

¿Qué se considera ingreso del hogar?

El ingreso del hogar incluye el total de apoyo económico de todas las personas que viven bajo el mismo techo. Esto incluye al solicitante, cónyuge o pareja, dependientes (sin importar la edad) y cualquier otra persona de la que el solicitante o su cónyuge/pareja tenga responsabilidad legal.

¿Qué hago si necesito ayuda para completar una solicitud?

Por favor, llámenos al 713-558-8740 y un miembro de nuestro equipo le podrá ayudar. Le recomendamos venir preparado con los documentos indicados en la lista de verificación; las solicitudes incompletas se mantendrán en espera hasta recibir todos los documentos requeridos.

Si lo necesita, la Fundación cuenta con personal bilingüe (español/inglés) que puede ayudarle.

¿Cuánto tiempo permanecerá vigente mi solicitud?

Los pacientes aprobados siguen en el programa durante un año, a menos que se indique algo diferente.

Los solicitantes son elegibles para renovar al finalizar el año.

Las solicitudes pendientes se conservan por dos años.

¿Dónde está ubicada la Fundación de Houston Eye Associates?

La oficina de la Fundación se encuentra en:

7155 Old Katy Road, Suite S110, Houston, Texas 77024.

La atención a los pacientes se brinda en las clínicas, consultorios o centros quirúrgicos de Houston Eye Associates en el área metropolitana de Houston.

Ashley Herrera (hablo español)

Coordinadora de Servicios del Programa

Directo: 713-668-6828 Extensión 2447

Email: aherrera@houstoneye.com

CARTA DE APOYO FINANCIERO

La siguiente carta puede usarse para solicitantes mayores de 18 años que reciben apoyo económico de alguien que conocen.

Por favor, envíela, si aplica, junto con la solicitud y los documentos requeridos.

Yo, _____, brindar apoyo financiero a _____.
Nombre *Nombre de la persona solicitante*

Mi relación con el paciente es _____.

He estado apoyándolos durante _____.
período de tiempo

La cantidad de este apoyo es de \$ _____

por: semana mes año otro:

La persona solicitante reside conmigo: SI NO

El apoyo que les doy les ayuda con _____.
(ej.: vivienda, billes, comida, gasolina, ropa, etc.)

Recibo ingresos de _____.

Atentamente,

Nombre del remitente: _____

Firma del remitente: _____

Número de teléfono: _____

Fecha: _____