



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 CUIDADO DE VISTA PAR NIÑOS: edades de 5 a 21 años

El Programa de Cuidado de la Vista para Niños ofrece atención optométrica gratuita a estudiantes de bajos recursos, sin seguro médico en el área metropolitana de Houston. Este programa es a través de la Fundación de Houston Eye Associates. La atención incluye evaluaciones de la vista, exámenes oculares y lentes, sin costo para el paciente.

Nuestra fundación podría asistirle si no califica para cobertura de la vista a través de CHIP, Medicaid o seguro privado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

¿El/La estudiante vive en Texas de forma permanente?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Condado			
Nombre del/de la estudiante (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)							
Fecha de Nacimiento				Edad			
Distrito Escolar				Escuela		Grado	
¿El/La estudiante usa actualmente lentes?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Fecha del último examen			
¿El/La estudiante ha tenido una evaluación de la vista en la escuela, en un evento comunitario o durante una visita médica de rutina?						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
En caso de que sí, ¿dónde?							
¿El/La estudiante es actualmente paciente de Houston Eye Associates?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿El/La estudiante ha solicitado anteriormente a la Fundación de Houston Eye Associates?						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Cómo se enteraron sobre nuestro programa?							

**Esta parte será completada por la enfermera(o) escolar
To be completed by school nurse**

Visual Acuity	Aided RE	20/	Aided LE	20/
	Unaided RE	20/	Unaided LE	20/

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 Marque todas las que correspondan	<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			

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Primer Nombre:		Inicial del Segundo Nombre:		Apellido:	
Dirección					
Ciudad		Código Postal		Correo electrónico	
Teléfono Celular:				¿Podemos enviarle mensajes de texto? (Se aplican cargos regulares por mensajes)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Teléfono Alternativo(s):					

INFORMACIÓN REQUERIDA PARA LA SOLICITUD

<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿El/La estudiante tiene seguro médico?				
	En caso de que SI, cual el nombre del plan:				
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿El/La estudiante tiene algún seguro a través de un programa gubernamental?				
	¿En caso de que SI, cual programa?				
	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> STAR Kids/Health/+PLUS <input type="checkbox"/> Otro				
	Si NO, ¿ha solicitado el/la estudiante alguna vez? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Alguien en el hogar del/de la estudiante está empleado?				
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	El hogar del/de la estudiante declara impuestos (income tax)?				
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿La familia del/de la estudiante recibe otro tipo de apoyo (ayuda de familiares o amigos, ahorros, 401K y/o fondos de retiro)?				
	¿En caso de que SI, por favor describa:				

INFORMACIÓN REQUERIDA DEL HOGAR DEL SOLICITANTE

# Total de miembros en el hogar		# Total de personas 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 (ejempló: salud, hogar, otro)	Auto	Otro: (por favor explique)
\$					

REQUIRED SUPPORT CHECKLIST: EYE CARE FOR KIDS VISION PROGRAM

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** – 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).

☐ **REQUERIDO** – **Comprobante de Ingresos del Hogar**

- 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.

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:

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="padding-left: 40px;">a. Sean considerados médicamente necesarios por mi médico, y</p> <p style="padding-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 DE CUIDADO DE VISTA PAR NIÑOS

La Fundación Houston Eye Associates (HEAF) es una organización sin fines de lucro creada en 1981 por los médicos de Houston Eye Associates para brindar atención médica de la vista a tejanos que la necesitan.

Los médicos donan su tiempo y servicios de manera generosa.

Gracias a donaciones privadas y subsidios, la Fundación cubre los gastos de tratamientos médicos necesarios, como: costos de cirugías, medicamentos, lentes, y otros servicios para cuidar y recuperar la vista.

Nuestro **programa de Cuidado de la Vista para Niños** ofrece exámenes de la vista y lentes gratuitos a estudiantes de bajos recursos y sin seguro en el área de Houston.

Además, la Fundación ayuda a las escuelas de comunidades con altos niveles de necesidad a hacer revisiones visuales gratuitas.

¿Cómo envió la solicitud?

Las solicitudes y los documentos de apoyo se pueden entregar en persona, por correo, fax o correo electrónico (heaf@houstoneye.com).

¿Qué sucede después con la solicitud?

La solicitud puede tardar de 1 a 2 semanas en procesarse. Las solicitudes incompletas requerirán más tiempo para procesar. Una vez aprobada, nuestra oficina le notificará que su hijo/a ha sido aprobado para recibir servicios a través de nuestro Programa de Vista para Niños. Recibirá por correo una carta de aprobación con el/la optometrista asignado cerca de la casa o la escuela del niño/a. Una vez que reciba la carta, el padre/madre o tutor deberá programar la cita con el/la optometrista indicado en la carta de aprobación. Asegúrese de llevar la carta de aprobación a la cita. **Las cartas de aprobación son válidas por un año.**

¿Qué servicios ofrecen?

El programa de Cuidado de la Vista para Niños con la Fundación de Houston Eye Associates ofrece servicios de atención visual sin costo a estudiantes de bajos recursos y con seguro médico insuficiente en el área metropolitana de Houston que tengan 21 años o menos.

¿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.

¿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 al paciente se realiza en las ubicaciones de Houston Eye Associates y en clínicas participantes en el área de Houston.

TELEPHONE: 713-558-8740

FAX: 713-558-8760

EMAIL: heaf@houstoneye.com

Sonji Mims

Program Services Coordinator

Direct: 713-668-6828 extension 2951

Email: smims@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: _____