



2855 Gramercy - Houston, Texas 77025
Phone (713) 558-8760 Fax (713) 668-3823
www.houstoneye.com/foundation

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 UNICAMENTE EXAMEN DE LOS OJOS O LENTES?

Aquellas personas que necesiten ayuda para obtener una consulta, para 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 teléfono (713) 796-2960 o Prevent Blindness Texas al teléfono (713) 526-2559.

Niños con residencia en el Estado de Texas, menores de 18 años son elegibles para obtener seguro médico con el programa CHIP (Childrens Health Insurance Program). Para aplicar llame al teléfono (800) 647-6558.

¿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.) Que el paciente no tenga seguro médico, privado o de gobierno.

- a) Necesita comprobar que se le ha negado ayuda por parte de Medicare/Medicaid. Para saber si califica llame a: Medicare al teléfono 1-800-772-1213 o ha Medicaid al teléfono 800-252-8263.
- b) Necesita comprobar que se le ha negado ayuda por medio del condado donde Usted vive. Para aplicar por ayuda en su Condado llame directamente a:

| | | | |
|------------------|---------------------------|--------------------------|--------------|
| Angelina County | 936-634-5431 | Harris County. Gold Card | 713-566-6691 |
| Brazoria County | 979-864-1884 | Liberty | 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 | 936-653-2091 |
| Jasper County | 512-458-7706 | Trinity | 936-642-1736 |
| Jefferson County | 409-835-8530/409-983-8380 | Waller | 979-826-7730 |
| Hardin | 409-246-5189 | Wharton | 979-532-5637 |

2.) Comprobar ingresos.

- a) Copia de sus impuestos del año 2010 (forma 1040) y copia de la forma W2 para los que trabajan desde su hogar. Si no tiene las formas W2, 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.
- b) Copia del último talón de cheque o recibo de pago que incluya cuanto se le ha pagado desde el principio del año.

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:

2855 Gramercy - Houston, Texas 77025
Phone (713) 558-8760 Fax (713) 668-3823

Nombre del paciente _____ Fecha: _____

¿Es Usted paciente de Houston Eye Associates? _____ ¿Quién es su médico? _____

¿Quién lo recomendó a esta Fundación? _____

¿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

Nombre del padre(s) (si es menor de 18)

_____ 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. ¿Tiene Ud. seguro medico/Medicare o Medicaid? _____
- 2. ¿Ha aplicado para Medicare/Medicaid? _____
- 3. ¿Tiene Ud. asistencia a través del condado? _____
- 4. ¿Recibe Usted ingresos del Seguro Social o por Incapacidad? _____ Cuanto es? _____

Esta aplicación no está completa sin los siguientes documentos:

- Carta de negación del condado donde vive
- Carta de negación de Medicaid/Medicare
- Copia de los impuestos del año 2010 (1040 Tax Return) con copias de la W-2 para todos los que trabajan en la casa donde vive el paciente
- Copia de el ultimo cheque que incluye ingresos del año en curso o comprobante de ingresos, tal como una carta de su lugar de empleo

_____ Lugar de Empleo Posición Salario Anual

_____ Lugar de Empleo de su esposo o esposa Posición Salario Anual

Por favor complete sus gastos mensuales: Renta _____ Electricidad _____ Teléfono _____

Comida _____ Carro _____ Manutención de niño(s) _____