



El Georgia Lions Lighthouse es un 501(c)3 sin fines de lucro. Nuestra mision es proveer vison y servicios de audicion por medio de educacion, detencion, prevencion y tratamiento. Los servicios que proveemos son hechos posibles por donaciones y el apoyo de individuos, fundaciones y la comunidad de negocios.

Vision General de la Aplicacion

Marque la casilla de servicios que solicita:

- Examen y Gafas
- Gafas solamente

CALIFICACIONES

Para calificar por nuestros servicios usted debe:

- Ser residente de GA
- Cumplir con nuestro requerimiento de Ingreso
- **Submitir COPIAS de TODOS los documentos requeridos.** Si alguno de los documentos no estan incluidos con su aplicacion, su solicitud no avanzara

PROCESO DE APROVACION

- Recivira notificacion **por correo en las siguientes 4 semanas** indicando si usted fue o no fue aprobado. (Si su direccion fue cambiada por favor contacte nuestra oficina para notificarnos)

Una vez completada, enviar su aplicacion y copias de los documentos requeridos por correo, Fax, o correo electronico. Cualquier pregunta llamenos al 404.325.3630.

Correo

Georgia Lions
Lighthouse
Foundation
5582 Peachtree Road
Chamblee, GA 30341

Fax

404-636-5549

Correo electronico

visionapp@lionslighthouse.org



Lo siguiente se debe submitir para que la solicitud sea considerada

Al no incluir estos documentos retrasara el proceso de la solicitud. Los clientes son responsables de proveer copias de documentos numerados abajo.

DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Identificacion: Licencia de GA 0 DMV ID 0 Pasaporte 0 ID de su Consulado 0 tarjeta de residencia permanente.
- Prueba de Ingresos: 3 recientes talones de cheques **0** reciente declaracion de impuestos 0 carta de SSI 0 carta del IRS indicando que no declaro impuestos (formulario 4506-T)
- Tarjetas de Medicare/Medicaid, Grady, Peachcare 0 de seguro privado.
- Si busca asistencia para gafas solamente, por favor adjunta copia de su receta de gafas mas reciente. **(No puede tener mas de 2 anos)*****

*****Para todos los recipients de Medicaid/Medicare/Grady/Peachcare/Seguro provido**

Usted ese legible para un examen de la vista una vez por ano atravez de su programa de seguro.

Por favor haga una cita con un oftalmologo que acepte su seguro y luego nos proporciona una copia de la receta y le ayudaremos a obtener gafas. Si no incluye la copia de la receta junto con su solicitud , esta sera retrasada.



NECESARIO

Apellido: _____ **Primer Nombre:** _____ **Inicial** _____

Direccion: _____ **# de Apt** _____

Ciudad: _____ **Estado:** Georgia **Codigo Postal:** _____

Condado: _____

Telefono de Casa: _____ **Celular:** _____

Nombre de pariente o guardian (si es meno de 18): _____

Referido por: _____ **Proveedor de Atencion Primaria:** _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ **Genero:** Masculino Femenino

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

Ultimos 4 digitos del Seguro Social _____

Esta Empleado? SI NO **Si no, Esta buscando empleo?** SI NO

Si esta desempleado por favor indique la razon:

- Discapacitado (Marque si recibe SSI/SSD) No puedo Retirado Perdida de trabajo
 otro

Correo Electronico: _____

Raza: Blanco Afro Americano Hispano Asiatico Otro

Primer Idioma: _____

Veterano? SI NO

Estudiante? SI NO

Marque el tipo de Seguro que tiene.

Medicaid Medicare VA PeachCare Grady Otro Ninguno

Numero del Total de dependes: ____ **Ingreso Mensual Total del Hogar:** \$ _____

Numero Total de Personas en el Hogar: _____

(OVER)

Declaración de Lighthouse Por favor lea y firme

“Entiendo totalmente que los servicios que ofrece el Lighthouse estan limitados a los ciudadanos del estado de Georgia que no pueden pagar por esa ayuda ni la reciben de otra Fuente. Debido que estos servicios, absuelvo a la gente que me dan servicios en cuanto a cualquier queja que pueda resultar de los servicios recibidos. Me doy cuenta de que el Lighthouse no esta responsable de pagar cualquier cuenta que resulte antes de que yo reciba la carta de aprobacion, También entiendo que mi solicitud será revisada por un proveedor de Lighthouse, y / o el personal de Lighthouse. Toda la información en y adjunta a esta solicitud es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender.



Firma del candidato (O el padre si es un menor)

Fecha

Testigo (si aplicante firma con una “X”)

Fecha

NECESARIO

HIPPA Acuerdo

Entiendo que la Regla Federal ("HIPAA") no protege la privacidad de la información si se vuelve a divulgar, y por lo tanto solicita que toda la información obtenida por esta persona o agencia sea estrictamente confidencial y no sea liberada por el beneficiario. Además, entiendo que mi elegibilidad para los servicios de Lighthouse no está condicionada a mi provisión de esta autorización. Tengo la intención de que este documento sea una autorización válida que se ajuste a todos los requisitos de la Regla de Privacidad y comprenda que mi autorización permanecerá vigente durante un año.



Firma del candidato (Persona que solicita servicios)

Fecha

OPTIONAL

Información de contacto adicional

Complete esta porción solamente si usted quisiera darnos permiso de hablar con otra persona en su nombre con respecto a sus servicios.

Nombre _____ **Relación con el solicitante:** _____

Número de teléfono: _____

Firma del solicitante (persona que solicita servicios)

Fecha

Firma del Representante Autorizado

Fecha

(Persona elegida por el solicitante para hablar con el Lighthouse)



**Georgia Lions
Lighthouse Foundation**
Better Vision. Better Hearing. Better Georgia.

Envío de su Solicitud

Una vez completado, envíe su solicitud y copias de todos los documentos requeridos a nosotros por correo, fax o correo electrónico. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 404.325.3630.

Correo

Una vez completada, enviar su aplicación y copias de los documentos requeridos por correo, fax, o correo electrónico. Cualquier pregunta llámenos al 404.325.3630.

Fax

404-636-5549

Correo electrónico

visionapp@lionslighthouse.org