



Georgia Lions Lighthouse Foundation

Solicitud de servicios para la vista



Esta solicitud es **ÚNICAMENTE** para exámenes de la vista y anteojos. Las cirugías oculares y los audífonos tienen otros formularios de solicitud. **No complete esta solicitud a menos que esté tratando de obtener un examen de la vista o anteojos.**

Lighthouse es una organización no gubernamental sin fines de lucro que proporciona atención médica con dignidad y respeto a personas de bajos ingresos que no tienen seguro en Georgia. **No somos una clínica gratuita.** La elegibilidad para recibir servicios se basa en los ingresos.

Los servicios de Lighthouse para la vista incluyen: exámenes de la vista gratis proporcionados por un profesional de la salud ocular voluntario cada dos (2) años y anteojos graduados de precio reducido.

POR FAVOR, LEA TODA LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA. EN ELLA ENCONTRARÁ RESPUESTA A MUCHAS DE SUS PREGUNTAS Y ESO LE EVITARÁ TENER QUE LLAMAR.

EL FORMULARIO DE SOLICITUD SE ENCUENTRA AL FINAL DE ESTE PAQUETE (PÁGINAS 9-12).

DESPRENDA ESAS PÁGINAS Y PRESENTELAS ACOMPAÑADAS CON LA DOCUMENTACIÓN COMPLETA.

Si no puede o no desea proporcionar la documentación,
su solicitud no será aprobada.

Información general

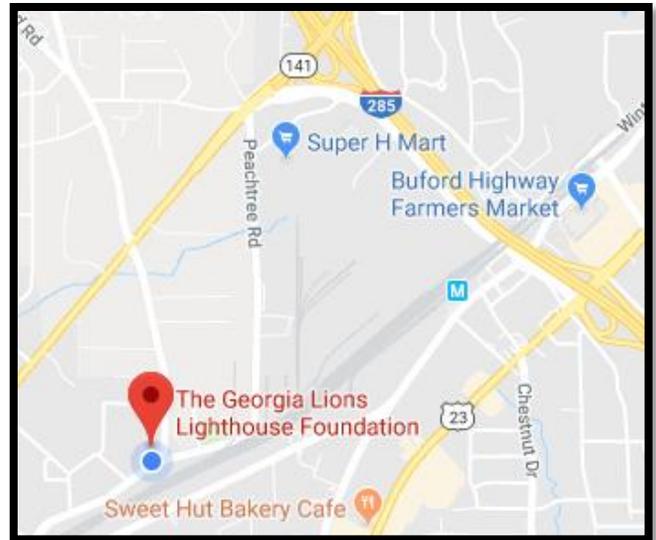
Dónde estamos:

La dirección de la oficina de Lighthouse, así como también de nuestra Clínica de la Vista Chamblee, es: **5582 Peachtree Road Chamblee, GA 30341.**



Línea Roja/Dorada (1 milla hacia el norte de la estación Chamblee)

O tomando la Línea de Autobuses #132 desde la estación Chamblee



Información de contacto:

Teléfono 404-325-3630 (escuche el menú para elegir el servicio)

FAX: (**Únicamente para la vista**) 404-636-5549

Horario de atención de la oficina principal de Lighthouse: Lunes - Viernes | 9:00 a. m. – 5:00 p. m.

Horario de atención de la Clínica Chamblee: Martes, miércoles y jueves | 10:00 a. m. – 3:30 p. m.
(La clínica cierra para almorzar de 12:45 a 2:00 p. m.)

Citas para la Clínica Chamblee

Una vez que recibimos su solicitud, llamamos a los pacientes para programar una cita en función de la disponibilidad de un oftalmólogo.

Presentación de la solicitud y los documentos requeridos

Recepción de la carta de aprobación

Programación de la cita

Consultas sin previa cita en la Clínica Chamblee

Se admiten consultas sin previa cita **únicamente** en el caso de pacientes que cumplan los siguientes **DOS** requisitos:

- 1) Una carta de aprobación de Lighthouse para **ANTEOJOS ÚNICAMENTE**
- 2) Una receta vigente para anteojos

Clínicas móviles

Tenemos alianzas en todo el estado de Georgia que nos permiten proporcionar atención oftalmológica a través de nuestras clínicas móviles. Estas varían mensualmente. Si su solicitud es aprobada, se le programará una cita para que asista a nuestra clínica móvil que esté más cerca de usted.

Pago y cargos

Todos los exámenes de la vista son gratis para los pacientes que cumplen los requisitos. Los anteojos tienen precios a partir de \$10.00, con posibles cargos adicionales obligatorios dependiendo de su receta. Cualquier característica extra de carácter cosmético que usted elija tendrá un cargo adicional. **No** aceptamos seguros. **No** aceptamos cheques. Aceptamos dinero en efectivo, órdenes de pago y tarjetas de crédito o débito. (Visa y MasterCard únicamente.)



Requisitos de solicitud

Además del formulario de solicitud **completado**, usted debe presentar documentación de apoyo para acreditar sus ingresos, su identidad y su lugar de residencia. A continuación encontrará la lista de los tipos de documentos que se consideran aceptables.

1.) Requisitos básicos para ser elegible

Para cumplir los requisitos para recibir los servicios del programa Lighthouse, usted debe:

- Haber sido residente de Georgia durante al menos 12 meses.
- Cumplir nuestros requisitos de ingresos.
- Presentar copias de TODOS los documentos requeridos. Si deja de incluir en su solicitud alguno de estos documentos, su solicitud no seguirá adelante.

2.) Documentos aceptables

Se requiere que presente pruebas de sus ingresos, su identidad y su residencia para determinar si usted es elegible. Los pacientes deben presentar los documentos **que se indican en los siguientes recuadros.**

Constancia de ingresos brutos *(Seleccione al menos una [1])*

- 2 recibos de sueldo quincenales consecutivos actuales o 4 recibos de sueldo semanales consecutivos actuales
- Estados de cuenta bancarios de los 3 últimos meses
- Transcripción o copia oficial de su declaración de impuestos
- Certificado de discapacidad/Seguro Social
- Formulario 4506-T (no declarante)
- Beca universitaria
- Pagos regulares de pensión alimenticia, manutención de hijos, desempleo, fondos sindicales, jubilación u otro programa del gobierno

Prueba de identidad

(Seleccione 1)

- Licencia de conducir válida
- Tarjeta de identificación emitida por el Estado
- Pasaporte vigente
- Tarjeta de identificación escolar
- Tarjeta de identificación consular
- Certificado de nacimiento (solo para pacientes de 19 años de edad o menos)

Prueba de residencia

(Seleccione 1)

- Copia vigente de un contrato de alquiler
- Copia vigente de hipotecas
- Copia vigente del recibo de un servicio público
- Carta de un refugio o albergue firmada por un empleador del mismo en papel con membrete
- Carta de una residencia de ancianos

TODAS LAS TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN DEBEN SER VIGENTES (NO ESTAR VENCIDAS) E INCLUIR CLARAMENTE SU FOTOGRAFÍA.

Constancia de ingresos familiares

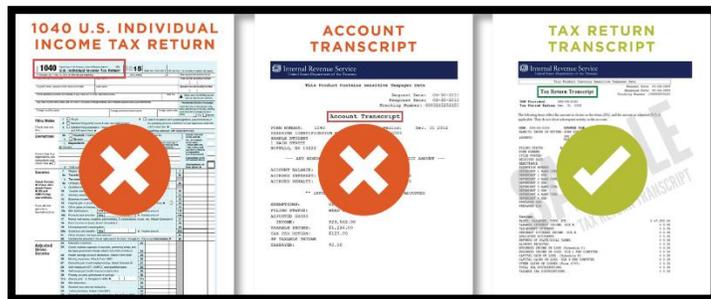
Debemos ver los recibos de sueldo consecutivos **actuales** de cada integrante de su hogar que trabaje. (Si está casado(a), incluya los recibos de sueldo de cada cónyuge, tal como se describe arriba.)

O

Los últimos **(3) meses** de estados de cuenta bancarios de cada integrante de su hogar que trabaje. (Si comparte una misma cuenta bancaria con su cónyuge u otro integrante de la familia, asegúrese de que aparezcan indicados los nombres de todos los titulares de la cuenta.)

O (Seleccione 1)

- Transcripción o copia oficial de la declaración de impuestos (de no contribuyente o presentada)
- Certificado de discapacidad/Seguro Social
- Beca universitaria, subsidio, ayuda para pagar la universidad
- Pagos regulares de pensión alimenticia, manutención de hijos, desempleo, fondos sindicales, jubilación u otros programas del gobierno



Si actualmente vive en un refugio o albergue o en un centro de rehabilitación, proporcione una carta fechada (para el día del servicio) que confirme su lugar de residencia y su situación laboral.

Puede comunicarse con el IRS en el 1-800-908-9946 y solicitar un Formulario 4506-T para la transcripción o copia oficial de la declaración de impuestos presentada o de no contribuyente.

Si usted es estudiante de tiempo completo y no trabaja, y no puede proporcionar información sobre su respaldo financiero, proporcione pruebas de las ayudas financieras que recibe como estudiante, como una carta de concesión de una beca.

Prueba de residencia en Georgia

Debe estar a nombre del solicitante.

Copia vigente de un contrato de alquiler

Copia vigente del estado de cuenta de la hipoteca

- Recibo actual de un servicio público (agua, electricidad o gas únicamente)
- Carta de un refugio o albergue firmada por un empleo del mismo



En el caso de que no presente toda la documentación requerida, el procesamiento de su solicitud sufrirá retrasos. Si no se recibe la documentación completa en un plazo de 3 meses, su solicitud se considerará abandonada y usted tendrá que volver a comenzar el proceso de solicitud desde el principio. Deberá esperar 6 meses para volver a presentar su solicitud.

Derechos y responsabilidades de los pacientes

Derechos civiles

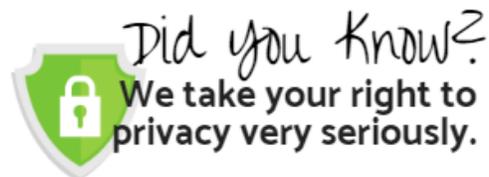
1. Los pacientes tienen derecho a ser tratados con consideración y respeto en un ambiente libre de peligro.
2. A los pacientes que acudan en busca de servicios no se les podrá negar, suspender, interrumpir ni reducir los servicios por ejercer cualquiera de sus derechos.

Discriminación

1. Los pacientes tienen derecho a recibir servicios independientemente de su edad, sexo, raza, credo, color, religión, origen racial, ascendencia, estado civil, discapacidad física o mental, orientación o identidad, situación de veterano o antecedentes penales.
2. No se asumirá que ningún destinatario de servicios es legalmente incompetente, salvo en los casos que así lo decida un tribunal.
3. Los pacientes tienen derecho a presentar cualquier reclamación o queja sobre asuntos relacionados con los servicios recibidos o sobre cualquier violación percibida o real de sus derechos.

Servicios

1. Los destinatarios de servicios deberán recibir una atención adecuada y humanitaria. Cuando sea apropiado, el familiar más cercano o tutor del paciente podrá participar en el plan de tratamiento o servicios. Si el paciente desea designar a otra persona para que nos comuniquemos con ella, deberá firmar la renuncia a la HIPAA (***Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud***) en la solicitud.



2. Los pacientes tienen derecho a conocer los diversos servicios que pueden estar disponibles y a participar en la planificación del tratamiento.
3. Los pacientes pueden rechazar el tratamiento en cualquier momento y tienen derecho a ser informados de las consecuencias que tendría rechazar el tratamiento.

Privacidad y confidencialidad

1. Lighthouse sabe que la información de salud del paciente es personal y tiene el compromiso de respetar los derechos de privacidad del paciente establecidos en las leyes federales y estatales. Todo el personal ha recibido capacitación en materia del cumplimiento de la ley HIPAA.
2. Los pacientes recibirán un trato confidencial; todos los expedientes clínicos y la información de los clientes están protegidos por la ley, las regulaciones y las políticas del centro. Para los fines de financiamiento, certificación, obtención de licencias, auditoría, investigación u otros propósitos legítimos, su expediente clínico podrá ser usado por la persona que realice la revisión en la medida que sea necesaria para cumplir el propósito de la revisión.
3. La información sobre el paciente que se revele a otras fuentes o que estas soliciten requiere que usted proporcione su consentimiento por escrito. Los expedientes de los pacientes pueden ser presentados por orden judicial sin que usted firme una autorización para revelar la información.
4. Los pacientes tienen derecho a revisar y obtener, previa solicitud, una copia de su expediente clínico. Podrían aplicarse cargos de procesamiento.

Expedientes de salud electrónicos

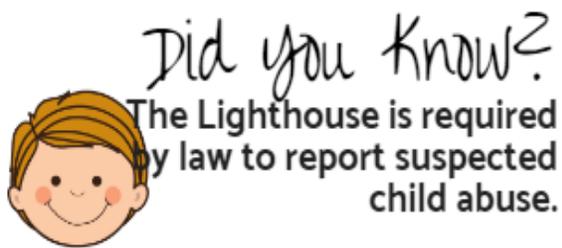
Lighthouse utiliza un sistema de expedientes de salud electrónicos para conservar la información de los pacientes y para ayudar a dispensar anteojos. Esto ayuda a garantizar que los pacientes y los proveedores de atención médica tengan acceso a información de salud personal correcta. Los pacientes pueden llamar durante el horario laboral y preguntar por sus citas, su situación y su información médica.

Procedimientos de emergencia

Si tiene una emergencia, dependiendo de cuál sea su situación tendrá que contactar a la policía, cuidados urgentes o un hospital.

Responsabilidad de Lighthouse

1. En el caso de que exista una sospecha de abuso o negligencia infantil, la Ley de Denuncia de Abuso y Negligencia Infantil exige a Lighthouse que denuncie cualquier presunto incidente de negligencia o abuso infantil. Lighthouse también tiene la obligación ética de denunciar los casos de presunto maltrato a adultos o ciudadanos de edad avanzada.
2. Si en algún momento un paciente representa un peligro claro e inminente para sí mismo o para los demás, el personal de Lighthouse puede revelar a las autoridades la información que sea necesaria para proteger al paciente o a otras personas.



3. Lighthouse puede restringir o poner fin a la prestación de servicios a los pacientes que, tras haber sido evaluados, se haya determinado que plantean una amenaza física seria para el personal u otras personas.

Responsabilidad de los pacientes

1. Los pacientes deben completar la solicitud y enviarla por FAX o correo, o presentarla en persona (únicamente en la oficina de Chamblee).
2. Los pacientes deben proporcionar información veraz y completa. Si cambia de dirección o de teléfono, póngase en contacto con nosotros para actualizar estos datos en su perfil de paciente.
3. Los pacientes deben proporcionar información veraz y completa sobre su salud y su historia médica, tal como se enumera en el formulario de solicitud, e informar de manera sincera sobre su estado y afecciones de salud a su proveedor de cuidados médicos.
4. Los pacientes deben preguntar cuando no entiendan la información o las instrucciones sobre su examen o sobre la montura de su elección.
5. Los pacientes deben ser considerados y tratar con cortesía y respeto a todo el personal, los voluntarios, otros pacientes y los visitantes de Lighthouse, y ser conscientes de la privacidad de los demás.
6. Los pacientes son responsables de acudir a sus citas, llegar 10 minutos antes de la hora acordada y llamar a Lighthouse si no pueden llegar a una cita.
7. Los pacientes son responsables de hacer el pago. Cada paciente deberá pagar todos los servicios prestados en el momento del servicio.
8. Las comunicaciones entre el cliente y el personal de Lighthouse son confidenciales y no serán reveladas a menos que lo requiera la ley, como en situaciones de abuso infantil, abuso de ancianos o amenazas de provocar un daño físico a sí mismo o a otras personas.

Políticas relativas a los pacientes

Política de pagos y honorarios pagados por los pacientes

Los pacientes deben pagar los anteojos recetados y cualquier otro cambio o mejora adicional.

1. Las formas de pago aceptadas son: efectivo, orden de pago y tarjeta de crédito o débito (Visa o MasterCard). No aceptamos cheques personales ni tarjetas de crédito o débito Discover.
2. Si un paciente no está en capacidad de pagar los servicios prestados, no podrá seguir adelante con la cita. No apartamos anteojos ni aceptamos pagos parciales.



Citas

1. En el caso de que haga mal tiempo, llame a la clínica o esté pendiente de los canales de televisión local por si se anuncia la cancelación o el retraso de las citas de Lighthouse en su área. Normalmente seguimos las recomendaciones de cierre del condado de DeKalb, las cuales determinarán si podemos desplazarnos. También podrá encontrar información actualizada en nuestro sitio web: www.lionslighthouse.org.

Política sobre citas perdidas o canceladas

1. Si un paciente no puede llegar a una cita programada, debe avisar para cancelarla con **2 días** de antelación. Esto se puede hacer por teléfono o en persona.
2. Si un paciente no cancela una cita con una antelación mínima de dos (**2**) días, se considerará una cita perdida.



3. Si un paciente pierde 3 citas en el transcurso de un año, podrá ser expulsado del programa durante 1 año. Una vez que se cumpla el año de expulsión, el paciente podrá volver a presentar una solicitud para recibir servicios.
4. Cualquier paciente que no se presente a su primera cita tendrá una sola oportunidad para reprogramar la cita (esto significa que deberá llamar para ser anotado de nuevo en el último lugar de la lista de espera). Si el paciente falta a la cita reprogramada, no podrá volver a inscribirse como paciente hasta dentro de un año.

Política de expulsión

El incumplimiento de las políticas relativas a los pacientes puede acarrear la expulsión de los servicios de Lighthouse. Con el fin de mantener la seguridad, cualquier paciente que amenace a los empleados o a otros pacientes, o que ponga en peligro la misión de Lighthouse, podrá ser expulsado de las instalaciones. Los comportamientos que justifican una expulsión incluyen, entre otros: comportamientos que sean abusivos o amenazadores hacia uno mismo o hacia los demás; acciones, lenguaje o gestos violentos; cualquier tipo de acoso, e incumplimiento crónico de las citas, el pago de los servicios o de las políticas descritas en este manual del paciente.



Georgia Lions Lighthouse Foundation

Better Vision. Better Hearing. Better Georgia.

The Georgia Lions Lighthouse es una organización sin fines de lucro 501(c)(3). Nuestra misión es proporcionar servicios para la vista y la audición a través de la educación, detección, prevención y tratamiento. Los servicios que prestamos son posibles gracias a las donaciones y el apoyo que recibimos de personas, fundaciones y la comunidad empresarial.

Resumen de la solicitud de servicios para la vista

Marque la casilla que corresponda a los servicios que está solicitando:

Examen de la vista y anteojos

Solo anteojos

REQUISITOS

Para cumplir los requisitos para recibir los servicios del programa Lighthouse, usted debe:

- Haber sido residente de Georgia durante al menos 12 meses.
- Cumplir nuestros requisitos de ingresos.
- **Presentar copias de TODOS los documentos requeridos.** Si deja de incluir en su solicitud alguno de estos documentos, su solicitud no seguirá adelante.

PROCESO DE APROBACIÓN

- Su situación con respecto al cumplimiento de los requisitos le será notificada **por correo en un plazo de 4 a 6 semanas.** Si cambia de dirección, póngase en contacto con nuestra oficina lo más pronto posible para notificarlo a nuestro personal. **Si no se recibe la documentación completa en un plazo de 3 meses, su solicitud se considerará abandonada y usted tendrá que volver a comenzar el proceso de solicitud desde el principio.**

Una vez completada, envíenos su solicitud y las copias de todos los documentos requeridos por correo o Fax. Si tiene preguntas, llámenos al 404-325-3630.

Dirección postal

Georgia Lions Lighthouse Foundation
5582 Peachtree Road
Chamblee, GA 30341

Fax

404-636-5549



Es OBLIGATORIO que incluya los siguientes documentos para que su solicitud sea tomada en consideración.

Si no incluye estos documentos, el procesamiento de su solicitud sufrirá retrasos. Los pacientes tienen la responsabilidad de proporcionar copias de los documentos requeridos que se enumeran a continuación.

Documentos requeridos

Tarjeta de identificación con foto (<i>Proporcione una</i>)	Prueba de residencia (<i>Proporcione una</i>)
<input type="checkbox"/> Licencia de conducir válida <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación con foto emitida por el Estado <input type="checkbox"/> Pasaporte vigente <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación escolar vigente con foto <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación consular <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento (<i>solo para pacientes de 19 años de edad o menos</i>)	<input type="checkbox"/> Copia vigente de un contrato de alquiler <input type="checkbox"/> Copia vigente de la hipoteca <input type="checkbox"/> Recibo de un servicio público (actual, últimos 3 meses) <input type="checkbox"/> Carta de un refugio o albergue firmada por un empleo del mismo <input type="checkbox"/> Carta de una residencia de ancianos

Constancia de ingresos (<i>Proporcione una</i>)
<input type="checkbox"/> 2 recibos de sueldo quincenales consecutivos actuales o 4 recibos de sueldo semanales consecutivos actuales <input type="checkbox"/> Estados de cuenta bancarios de los 3 últimos meses <input type="checkbox"/> Transcripción o copia oficial de su declaración de impuestos <input type="checkbox"/> Certificado de discapacidad/Seguro Social <input type="checkbox"/> Formulario 4506-T del IRS (no declarante) <input type="checkbox"/> Beca universitaria, subsidio, ayuda para pagar la universidad <input type="checkbox"/> Pagos regulares de pensión alimenticia, manutención de hijos, desempleo, fondos sindicales, jubilación u otros programas del gobierno

Otros documentos requeridos

Si busca ayuda solo para anteojos, anexe una copia de su receta actual para la vista (receta para anteojos). ***Su receta no puede tener más de 2 años.***



1. Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del 2.º nombre: _____

2. Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

3. Condado de residencia: _____

4. Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

5. Dirección de correo electrónico: _____

6. Nombre del padre, la madre o el tutor legal (si es menor de 18 años): _____

7. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 10. Sexo: Masculino Femenino

11. Estado civil: Soltero(a) Casado(a)/Vive en pareja Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

12. Cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social: _____

13. ¿Tiene empleo? Sí No

14. Si está desempleado(a), indique la razón:

Discapacitado(a) (haga un círculo si recibe SSI/SSDI) No apto(a) Jubilado(a) Perdió su trabajo Otra

15. Raza: Blanco(a) Afroamericano(a) Hispano(a)/Latino(a) Asiático(a) 2 o más razas Otra

16. Idioma principal: _____

17. ¿Es usted veterano(a)? Sí No

18. Seleccione el tipo de cobertura de seguro que tiene:

Medicaid Medicare VA PeachCare Privado Ninguno

19. Marque si tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

Glaucoma Diabetes Hipertensión Derrame cerebral Cataratas

20. Número total de integrantes del hogar: _____

21. Ingreso mensual bruto total del hogar: \$ _____

Responda TODAS las preguntas anteriores para que la solicitud pueda considerarse completa.

OBLIGATORIO

Declaración para Lighthouse

Lea esta declaración y fírmela.

“Entiendo completamente que los servicios de Lighthouse se limitan a los residentes que no pueden pagar o recibir esta ayuda de otras fuentes. En consideración a estos servicios, libero y descargo a todas las personas que prestan dichos servicios de toda reclamación que yo pueda tener en relación con los servicios prestados. Estoy consciente de que Lighthouse no pagará ninguno de los anteojos que se me facturen antes de la aprobación de esta solicitud. También entiendo que mi solicitud será revisada por un proveedor de Lighthouse o por el personal de Lighthouse. TODA LA INFORMACIÓN QUE FIGURA EN ESTE FORMULARIO DE SOLICITUD Y ANEXA AL MISMO ES VERDADERA Y CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.”



Firma del solicitante (o de uno de sus padres si es un niño) Fecha

Testigo (si el solicitante firma con una “X”) Fecha

OBLIGATORIO

Acuerdo relativo a la HIPAA

Entiendo que la Regla Federal de Privacidad ("HIPAA") no protege la privacidad de la información si el receptor la vuelve a revelar y, por lo tanto, solicito que toda la información que obtenga esta persona o agencia se mantenga en la más estricta confidencialidad y que el receptor no la vuelva a revelar. Asimismo entiendo que mi elegibilidad para los servicios de Lighthouse no está sujeta a que yo proporcione esta autorización. Mi intención es que este documento sea una autorización válida conforme a todos los requisitos de la Regla de Privacidad y entiendo que mi autorización tendrá una vigencia de un año.



Firma del solicitante (persona que solicita los servicios) Fecha

Complete esta sección únicamente si desea darnos su permiso para hablar sobre sus servicios con otra persona en su nombre.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación con el solicitante: _____

Una vez completada, envíenos su solicitud y las copias de todos los documentos requeridos por correo o FAX. Si tiene preguntas, llámenos al 404-325-3630 y escuche las opciones del menú.