



Descripción General de la Aplicación para Servicios de Visión

Lista de comprobación de aplicaciones

CALIFICACIONES

Para calificar para los servicios del programa Lighthouse, usted debe:

- Haber sido residente de Georgia durante al menos 12 meses
- **Cumplir con nuestros requisitos de ingresos**
- **Presentar copias de TODOS los documentos requeridos.**

PROCESO DE APROBACIÓN

- Recibirá un aviso **por correo dentro de las 4-6 semanas** de su estado de calificación. Si su dirección cambia, comuníquese con nuestra oficina lo **antes posible** para notificar a nuestro personal.

Identificación con Foto – Proporcione UNA

- Licencia de conducir válida
- Identificación con foto del estado
- Pasaporte válido
- Identificación válida con foto de la escuela
- Tarjeta de identificación del consulado
- Certificado de nacimiento (menores de 19 años)

Prueba de Residencia – Proporcione UNO

- Copia actual del contrato de renta
- Copia actual de la declaración de la hipoteca
- Factura de servicios públicos (actual con 3 meses)
- Carta firmada desde el refugio
- Carta del hogar de ancianos

Comprobante de Ingresos – Proporcione UNO

- 2 Talones de pago consecutivos actuales para quincenalmente
- Últimos 3 meses de estados de cuenta bancarios (SSI o SSA)
- Transcripción oficial de impuestos / declaración de impuestos del año en curso
- Carta de Adjudicación de Seguro Social/Discapacidad
- Carta de “Non Filing” del IRS
- Beca de Colegio / Universidad, Subvención, Beca, Ayudantía
- Pagos regulares de pensión alimenticia, manutención infantil, desempleo, fondos sindicales, jubilación u otro programa gubernamental

Otros Documentos Requeridos

Si está buscando ayuda solo para anteojos, adjunte una copia de su receta de visión actual.
Su receta no debe tener más de 2 años.



Aplicación de Servicios de Visión (Imprima Claramente)

Examen de la vista y anteojos

Solo gafas

1. Apellido: _____ Primer Nombre: _____

2. Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

3. Condado de Residencia: _____

4. Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Celular: _____

5. Correo Electrónico: _____

6. Nombre del padre o tutor (si es menor de 18 años): _____

7. Sexo: Masculino Femenino 8. Fecha de nacimiento: _____

9. Estado civil: Soltero Casado/Juntado Divorciado Separado Viudo

10. ¿Estás empleado? Sí No

11. Si está desempleado, indique el motivo:

Discapacitado (SSI/SSDI) Jubilado Trabajo perdido Otro

12. Raza: Blanco Afroamericano Hispano/Latino Asiático 2 o más razas Otro

13. Idioma principal: _____

14. ¿Eres un veterano? Sí No

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

Medicaid Medicare VA Grady Privado Ninguno

16. Por favor, compruebe si ha tenido alguno de los siguientes:

Glaucoma Diabetes Hipertensión Accidente Cerebrovascular Cataratas

17. Número total de personas en el hogar: _____

18. Ingreso familiar mensual total: \$ _____



OBLIGATORIO

Declaración de 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 INFORMACION QUE FIGURA EN ESTE FORMULARIO DE SOLICITUD Y ANEXA AL MISMO ES VERDADERA Y CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER."



Firma del solicitante/Padre o Guardián

Fecha

Acuerdo de "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 agenda 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/Padre o Guardián

Fecha

Complete esta parte solo si desea darnos permiso para hablar con otra persona en su nombre con respecto a sus servicios.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación con el solicitante: _____

Por favor, envíe su solicitud por CORREO O FAX SOLAMENTE:

CORREO: The Lighthouse, 5582 Peachtree Road Chamblee, Georgia 30341

FAX: (404) 636-5549

Teléfono: (404) 325-3630