



**Lions Eye Foundation of California-Nevada, Inc.**  
**P.O. BOX 7999**  
**San Francisco, CA 94120**  
**PRESERVANDO Y RESTAURANDO EL DON DE LA VISTA**

**DIRECTRICES PARA REFERIR PACIENTES**

**1. Elegibilidad del paciente**

- Un año de residencia continua en comunidades atendidas por la Fundación
- Sin Seguro médico (sin cobertura del condado, gubernamental o privada; sin cobertura parcial, costo compartido ni deducibles)
- Ingreso bruto ajustado (AGI) verificado dentro de las pautas establecidas el 1 de enero de 2024 de la siguiente manera:

Tamaño de familia	1	\$ 58,320
Familia de dos ingresos	2	\$ 78,880
Tamaño de familia	3	\$ 99,440
Tamaño de familia	4+	\$ 120,000

<sup>1</sup>from line 37 on Form 1040, or line 4 on Form 1040EZ, or line 21 on Form 1040A

**2. Referencia Médica**

- Primero se debe determinar que el paciente tiene una afección ocular que requiere tratamiento (excluidos anteojos y lentes de contacto). Se requiere una derivación de un medico que indique el diagnóstico del paciente. La Fundación de Leones (LEF) no proporciona ayuda financiera para anteojos o lentes de contacto.

**3. Responsabilidad del Club**

- Complete el formulario de derivación del medico, el estado financiero del paciente y el alta del paciente (debe estar firmado por el medico, el paciente y el representante del club, en consecuencia).
- Si es posible, brinde asistencia para el transporte hacia y desde las citas en San Francisco. LEF reembolsará a los clubes una parte del costo del millaje (solo de ida) después de que se haya realizado la cita. El formulario de solicitud de reembolso de transporte y las instrucciones están disponibles en nuestro sitio web.
- Cuando sea posible, recomendar clubes para que proporcionen anteojos después de que el paciente haya completado el tratamiento/cirugía.

**4. Preguntas/Formularios/Emergencias** (desprendimiento de retina, objeto extraño en el ojo, etc.)

- Contacte Fundación de Leones, Adriana Reyes-Gouvea, Coordinadora
- Tel: (415) 600-3950 Fax: (415) 369-1225
- Email: [Adriana.Reyes-Gouvea@sutterhealth.org](mailto:Adriana.Reyes-Gouvea@sutterhealth.org)
- Web: [www.lionseyefoundation.com](http://www.lionseyefoundation.com)



**Lions Eye Foundation of California-Nevada, Inc.**  
**P.O. BOX 7999**  
**San Francisco, CA 94120**  
**PRESERVANDO Y RESTAURARANDO EL DON DE LA VISTA**

**REQUISITOS AL APLICAR**

**1. Verificación de Ingresos**

- La verificación de ingresos debe presentarse junto con su aplicación. La verificación de ingresos puede ser cualquiera de los siguientes:
  1. Declaración de impuestos federales presentada más recientemente
  2. Copias de sus dos recibos de sueldo o cheques de desempleo más recientes
  3. Copia de la carta de concesión del gobierno
  4. Carta personal firmada que indique que no tiene ingresos; y, si corresponde, declarar que vive y/o recibe el apoyo de un familiar

**2. Número de Seguro Social (SSN)**

- También debe incluir su número de Seguro Social (SSN) si tiene uno. Si no tiene un SSN, escribe "no SSN". Incluso sin un SSN, usted sigue siendo elegible para los servicios LEF.

**3. Información sobre el seguro médico**

- Proporcione la información de su seguro médico en el estado financiero del paciente. Asegúrese de abordar todas las preguntas relacionadas con el seguro.



**PHYSICIAN REFERRAL FORM**  
**Lions Eye Foundation of**  
**California-Nevada, Inc.**  
 PO Box 7999, San Francisco, CA 94120  
 Phone (415) 600-3950 Fax (415) 369-1225

**PARA ENVIAR LA APLICACIÓN:**

**Fax:** (415) 369-1225  
 attn: Adriana Reyes-Gouvea

**Correo:** Lions Eye Foundation  
 PO Box 7999  
 San Francisco, CA 94120

**Nota: Las solicitudes incompletas retrasarán el proceso de referencia:**

**Preguntas? Llama a (415) 600-3950**

**PARA SER COMPLETADO POR LA CLÍNICA DE REFERENCIA**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Médico Referente:** \_\_\_\_\_ **Telefono:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_  
 Calle

\_\_\_\_\_

Ciudad

Estado

Zip

**Paciente:** \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre

**Address:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_  
 Street

\_\_\_\_\_

City

State

Zip

**Sexo** (elige uno): masculino    femenino    **Lenguaje Primario:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:** (Incluir un examen ocular completo, que incluya exámenes de agudeza visual, lámparas de hendidura externas, músculos y fondo de ojo).

---

**Firma:** \_\_\_\_\_ MD/DO

**Club de Leones Patrocinador:** \_\_\_\_\_ **Districto:** \_\_\_\_\_

Verifico que he evaluado a este paciente con respect a la necesidad financiera y he determinado que el paciente es eligible para recibir asistencia de la Fundación:

Autorizado por: \_\_\_\_\_ Titulo: \_\_\_\_\_  
 Nombre

Telefono: \_\_\_\_\_



PATIENT FINANCIAL STATEMENT
Lions Eye Foundation of California-Nevada, Inc.
PO Box 7999, San Francisco, CA 94120
Phone (415) 600-3950 Fax (415) 369-1225

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
Apellido Nombre

Dirección: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_
Calle

Seguro Social: \_\_\_\_\_
Cuidad Estado Codigo Postal

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_
Nombre

- 1. Empleo actual de el paciente (elige uno):Tiempo completo Tiempo parcial
Desempleado Jubilado

Si está empleado, nombre del empleador: \_\_\_\_\_
Si está desempleado, cuánto tiempo hace que trabajó? \_\_\_\_\_

- 2. Empleo del cónyuge/pareja (elige uno): Tiempo completo Tiempo parcial
Desempleado Jubilado

Si está empleado, nombre del empleador: \_\_\_\_\_

- 3. Ingresos mensuales del hogar (Se requiere comprobante de ingresos: incluya copia de los últimos recibos de pago o la declaración de impuestos del año anterior)

Ingreso bruto ajustado \$ \_\_\_\_\_

Si trabajo por cuenta propia, ingreso bruto \$ \_\_\_\_\_

- 4. Tienes:

- a. Medi-Cal or Medicaid? No Si, Numero: \_\_\_\_\_
b. Medicare? No Si
c. Otro Seguro Medico? No Si, nombre de plan: \_\_\_\_\_
d. Alguna vez has solicitado Medi-Cal or Medicaid? No Si

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

- 5. Doy fe de que todas las declaraciones contenidas en esta solicitud y los documentos que la acompañan son verdaderas y correctas, con pleno conocimiento de que todas las declaraciones hechas en esta solicitud están sujetas a investigación y que cualquier respuesta falsa o deshonestas a cualquier pregunta puede ser motivo de negación.

Firma de paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**PATIENT RELEASE OF INFORMATION**  
**Lions Eye Foundation of California-Nevada, Inc.**  
PO Box 7999, San Francisco, CA 94120  
Phone (415) 600-3950  
Fax (415) 369-1225

**I. Explicación:** La ley estatal y federal require autorización para el uso o divulgación de mi información de salud.

**II. Autorización:** Esta autorización se aplica a la información de salud para:

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Yo, (paciente o representante legal) \_\_\_\_\_

Autorizar \_\_\_\_\_

(Nombre y dirección de la entidad que publica registros)

Entregar mi examen ocular completo, incluidos los exámenes de agudeza visual, externos, con lámparas de hendidua, de músculos y de fondo de ojo, a Lions Eye Foundation.

**Por la presente autorizo a Lions Eye Foundation de California-Nevada, Inc. a realizar cualquier investigación sobre mi y mis dependientes que sea necesaria para establecer la elegibilidad para recibir asistencia.**

**III. Vencimiento:** La autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá vigente hasta (ingrese la fecha específica del evento: \_\_\_\_\_)

**IV. Restricciones:** La ley de California prohíbe al destinatario realizar más divulgaciones de su información de salud a menos que obtenga otra autorización de usted o a menos que la divulgación esté permitido por la ley. Esta protección no se extiende a destinatarios fuera del estado de California.

**V. Tus Derechos:**

- Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe realizarse por escrito, firmada por mí o en mi nombre y entregada a esta dirección: Lions Eye Foundation, PO Box 7999, San Francisco, CA 94120. Mi revocación entrará en vigor una vez recibida, pero no tendrá ningún impacto en los usos, o divulgaciones realizadas mientras mi autorización era válida.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización; El original de este documento se conservará en los archivos de Lions Eye Foundation. Puede inspeccionar y obtener una copia de la información de salud que estoy autorizando para su uso o divulgación.

**VI. Firma**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

