



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

¹from 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
- Web: 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: _____

