



2019 Servants for Sight Aplicación para el cuidado ocular del paciente

Documentos requeridos

Todos los documentos son necesarios para la aplicación.

1. _____ Verificación de ingresos
 - a. De cada miembro del hogar que recibe algún ingreso. Incluya los últimos 4 recibos de pago, la carta de adjudicación del seguro social, la carta de incapacidad, la declaración de cupones de alimentos o la carta del empleador.
2. _____ La declaración de impuestos federales más reciente
3. _____ COPIA de UNA forma de identificación para el solicitante
 - a. Licencia de conducir, identificación del estado, identificación del país o tarjeta de seguro social

Proceso de solicitud

Envíe por correo la solicitud completa, los documentos y la copia de la identificación a:

Servants for Sight
P.O. Box 2122
Greenville, SC 29602

O envíe documentos por fax al: 866-278-5655

La solicitud se procesará dentro de 2 a 3 semanas y se llamará para una entrevista / verificación de documentos por teléfono.

Si el solicitante es aprobado, se le pedirá que asista a una clase de orientación del programa. La clase describirá nuestro programa y proporcionará material educativo sobre el cuidado de los ojos, las enfermedades oculares y los tratamientos. Si el solicitante desea unirse a nuestro programa, hay una tarifa de \$ 25. Cuando se pague esta tarifa, se programará que el solicitante vea a uno de nuestros médicos voluntarios.

Servants for Sight no garantiza cubrir todos los problemas de atención ocular médica. Nuestro objetivo es proporcionar exámenes, gafas y cirugías de cataratas dentro de un período de 9 meses. Cualquier cita de seguimiento o atención continua necesaria será determinada por el médico. SFS solo considerará a un paciente para una aprobación adicional si hay una emergencia médica o una afección médica de larga duración. Esto se determina caso por caso.



Información del paciente

Nombre del cliente : _____ Sexo: M F Años: _____

Fecha de nacimiento: / / Etnicidad: _____

Dirección postal : _____ Apto. # _____

Ciudad : _____ ZIP estado: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono alternativo: _____

Estado civil: Soltero Casado Apartado Divorciado Viudo

Idioma preferido: _____

¿Tienes un traductor? (Nombre / teléfono si corresponde): _____

¿Estás afiliado a otro programa o ministerio? Sí No

¿Si es así, Cuál? _____

Salud ocular

Qué tipo de cuidado de los ojos necesita: Examen ocular Gafas oculares Cirugía ocular

¿Alguien te ha dicho lo que está mal con tus ojos? ¿Explique que es? _____

¿Tiene antecedentes familiares de glaucoma? Sí No

¿Estás viendo destellos o chispas? Sí No

¿Estás viendo flotadores o especificaciones? Sí No

¿Tienes un historial de presión arterial? Sí No

¿Tienes diabetes? Si es así, ¿de qué tipo? _____

¿Te han dicho que eres prediabético ? Sí No

¿Fumas? Sí No

Información de Contacto en caso de Emergencia

Nombre: _____ Número de contacto: _____

Número secundario: _____ Relación del contacto: _____



Elegibilidad e información de fondo

1. ¿Está recibiendo beneficios del Seguro Social, de Discapacidad o de Veteranos? Sí No
2. ¿Tienes seguro médico? Sí No
 - a. En caso afirmativo, marque el tipo que tiene? _____ Medicaid _____ Medicare
 - b. Seguro privado _____
 - c. Otro _____
3. ¿Cuándo fue la última vez que te hiciste un examen ocular o te hiciste anteojos nuevos? _____
 - a. ¿Dónde? _____
4. ¿Ha recibido servicios de Cirujanos para la vista antes? Sí No
5. En caso afirmativo, ¿qué servicio (s)?

 Examen de la vista Los anteojos Examen de la vista Cirugía
6. Por favor explique la razón médica para volver a solicitar SFS: _____
7. ¿Estás patrocinado por un hospital? Sí No
 - a. Si es así, ¿en qué hospital? _____

Información de la agencia de referencia o información patrocinada por el hospital

Agencia u hospital de referencia: _____

Nombre de contacto: _____ Teléfono #: _____

Información del tamaño / ingreso de la familia del cliente

IMPRIMA su nombre y los nombres de todas las personas que viven en su hogar y sus ingresos

NOMBRE Y APELLIDO	AÑOS	RELACIÓN	¿EMPLEADO ?	INGRESO MENSUAL
		YO	Si No	\$
			Si No	\$
			Si No	\$
			Si No	\$



1. ¿Usted paga el alquiler ? Sí No Si es así, ¿cuánto? _____
2. Si no, ¿tienes una casa o pagas una hipoteca? Sí No
 - a. Si es así, ¿cuánto? _____
3. ¿Eres capaz de trabajar? Sí No Si no, ¿por qué? _____
4. ¿Qué habilidades tiene o qué servicios podría proporcionar para ayudar a otra persona en su situación?
SFS intenta establecer conexiones con empleadores u otras personas necesitadas en nombre de los clientes de SFS

5. ¿Estás dispuesto a ser voluntario con nosotros u otra organización similar? Sí No

INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR	YO	ESPOSA	Otro miembro de la familia	Otro miembro de la familia	Otro miembro de la familia
Salario / salario bruto mensual de trabajo	\$	\$	\$	\$	\$
Beneficios de Seguro Social	\$	\$	\$	\$	\$
Beneficios por discapacidad	\$	\$	\$	\$	\$
Jubilaciones / Beneficios de Pensión	\$	\$	\$	\$	\$
Beneficios de desempleo	\$	\$	\$	\$	\$
Beneficios de veteranos	\$	\$	\$	\$	\$
Asistencia pública federal o estatal	\$	\$	\$	\$	\$
Pensión alimenticia / pensión alimenticia	\$	\$	\$	\$	\$
Cupones de alimentos	\$	\$	\$	\$	\$
Otros ingresos / apoyo financiero familiar	\$	\$	\$	\$	\$

