



# Georgia Lions Lighthouse Foundation

*Better Vision. Better Hearing. Better Georgia.*

Querido Candidato:

Gracias por haber contactado al Georgia Lions Lighthouse Foundation Vision Program para asistencia con un examen de ojos y/o lentes. Nuestro servicio ofrece exámenes de ojos y lentes a los que no tienen el seguro o que tienen poco seguro. Fíjate que el Lighthouse es solamente una oficina administrativo, y por eso no ofrecemos los exámenes aquí ni hacemos los lentes.

Después de que usted nos ha mandado la aplicación con todos los documentos requeridos, haremos nuestra decisión en cuanto a su aplicación. Al hacer la decisión, le enviaremos una carta que explica los próximos pasos que necesita hacer usted. Favor de esperar aproximadamente 3 semanas para recibir nuestra respuesta. Si no ha recibido una respuesta de nosotros después de tres semanas, favor de llamarnos.

**Asegúrese de que toda la aplicación este cumplida con todos los documentos requeridos. Si su aplicación no está completa, puede causar una demora o su aplicación puede ser negada. Haga una copia de la aplicación para si mismo y mande el original a:**

**Georgia Lions Lighthouse Foundation  
1775 Clairmont Rd  
Decatur, GA 30033**

**1. Identificación (Favor de incluir una copia de uno los siguientes):**

- a. Licencia de Conducir del estado de GA
- b. Una Tarjeta de Identificación del Estado de GA
- c. Certificado de Nacimiento del Estado de GA
- d. Una Tarjeta Registrada para Votar en GA

**2. Evidencia de la Residencia (Favor de incluir una copia de uno los siguientes):**

- a. Contrato de Vivienda (si esta rentando)
- b. Papeles Hipotecarios o Titulo de Propiedad (si es dueño/a de la casa)
- c. Referido de un refugio
- d. Referido de un hogar de envejecientes

**3. Evidencia de los Ingresos:** Tiene que incluir información para todos los que viven en la casa del candidato.

**Favor de incluir una copia de la siguiente información para todos que viven en la casa del candidato:**

**Declaración de impuestos del último año  
Y/O**

**Cualquiera del siguiente que le aplica**

- a. Tres recetas de pago corriente
- b. La Carta de Asignación de la Administración del Seguro Social
- c. La Carta de Asignación del Departamento de Servicios para la Familia y los Niños
- d. Una reclamación del Desempleado, si no está empleado – La declaración de salario del GA Dept. of Labor
- a. Evidencia de que el candidato se recibe TANF, Social Security Disability, Pension, Retirement, Veterans Administration Benefits, o cualquier otro fuente de ingresos
- b. Las declaraciones del banco para los últimos tres meses
- c. Una carta de una Casa de Ancianos o Refugio declarando los beneficios que recibe

**4. Una copia de su receta de lentes.** El Medicaid y el Medicare pagan por un examen de ojos anual. Si tiene uno de estos, ha tenido que recibir su receta dentro del ultimo año y tiene que ser firmado por un doctor.

**5. Autorizando el Compartir de Información:** Llene esta forma solamente si usted quiere que alguien contacte el Lighthouse Foundation para averiguar el estado de ésta aplicación. Por ejemplo, puede ser el esposo del candidato o un familiar.

## Servicios de Visión: Información General del Candidato

1. El Nombre del Candidato: \_\_\_\_\_  
Primer Segundo Apellido
2. El Nombre del Padre (si el candidato es un niño): \_\_\_\_\_  
Primer Segundo Apellido
3. Dirección: \_\_\_\_\_
4. Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_
5. Condado: \_\_\_\_\_ 6. Sexo (V o H): \_\_\_\_\_
7. Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 8. Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
MM DD
9. Número Telefónico: \_\_\_\_\_ 10. Número Telefónico de Emergencia: \_\_\_\_\_
11. Correo Electrónico: \_\_\_\_\_
12. ¿Trabaja? (Sí o No): \_\_\_\_\_ 13. ¿Si no, está buscando empleo activamente? (Sí o No) \_\_\_\_\_
14. Si el candidato no trabaja, favor de escoger todos los que le aplique.  
Descapacitado (sólo si recibe SSDI) / No Se Puede / Retirado / Perdió su Trabajo / Otro
15. ¿Desde hace cuanto tiempo ha sido ciudadano del estado de Georgia? \_\_\_\_\_
16. Raza (Blanco, Americano-Africano, Hispano, Otro): \_\_\_\_\_
17. Favor de escoger cada tipo de seguro que tiene e incluya los números:  
Medicare Medicaid VA Peachcare Otro
18. Favor de decir las razones que no le permite pagar por los lentes \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
19. Estado Civil: (Casado, Soltero, Divorciado, Separado, Viudo) \_\_\_\_\_
20. Nombres de familiares a su cargo. **\*\* (Favor de tener prueba de residencia como dicen las instrucciones. Familiares a su cargo significa personas que usted apoya económicamente)\*\***
- | Nombre   | Relación | Nombre   | Relación |
|----------|----------|----------|----------|
| 1) _____ | _____    | 2) _____ | _____    |
| 3) _____ | _____    | 4) _____ | _____    |
| 5) _____ | _____    | 6) _____ | _____    |
21. ¿Cuales servicios quiere pedir en este momento? (escoge) **Examen** **Lentes**

## Servicios de Visión: Información General

22. Ponga los ingresos mensuales que gana usted y su familia y toda la gente que vive con el candidato. **\*\* (Favor de tener prueba de cada uno de los ingresos mensuales) \*\*** Si una persona está empleado, escriba el empleador y el salario mensual. Indica todos los beneficios que reciben todas las personas en la casa: Supplemental Security Income (SSI), Social Security Disability (SSDI), Social Security, Food Stamps, Welfare, Veteran's Benefits (VA), Pension, Retirement Benefits, Child Support, o otro ingreso.

	Nombre	Fuente de Ingreso Mensual	Cantidad de Ingreso Mensual
1)	_____	_____	_____
2)	_____	_____	_____
3)	_____	_____	_____
4)	_____	_____	_____

**21. Escriba los Gastos Mensuales:**

- |  |                           |                                 |
|--|---------------------------|---------------------------------|
| a) Renta o Hipoteca \$ _____                 | b) Gas (casa): \$ _____   | c) Electricidad: \$ _____       |
| d) Agua: \$ _____                            | e) Comida \$ _____        | f) Medicina \$ _____            |
| g) Teléfono: \$ _____                        | h) Pago de Auto \$ _____  | i) Tarjetas de Crédito \$ _____ |
| j) Seguro (Vida, Salud, Automóvil): \$ _____ | k) Otros Gastos: \$ _____ | l) Deuda Medical: \$ _____      |

## Servicios de Visión: El Comunicado del Lighthouse

**El Candidato tiene que leer y firmar este comunicado:**

*“Entiendo totalmente que los servicios que ofrece el Lighthouse están limitados a los ciudadanos del Georgia que no pueden pagar por esta ayuda ni la reciben de otro fuente. Debido que estos servicios son gratis, absuelvo a la gente que me dan servicios en cuanto a cualquier queja que pueda resultar de los servicios recibidos. Me doy cuenta de que el Lighthouse no está responsable de pagar cualquier cuenta que resulte antes de que yo reciba la carta de aprobación. También, entiendo que mi aplicación puede ser examinada por un Lions Club, Public Service Commission, Lighthouse Providers, y/o los empleados del Lighthouse. A mi entendimiento, toda la información incluida en esta aplicación está verdadera.*”

\_\_\_\_\_  
Firma del Candidato (un padre si el candidato es un niño)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo (si el candidato firma con un "X")

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Encuesta

Gracias por completar esta encuesta. Los resultados de esta encuesta nos permitirán evaluar los servicios que les ofrecemos. Tomará aproximadamente 5 minutos para completar esta encuesta.

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**1. ¿Cuál tipo de servicio está solicitando del Lighthouse?**

- \_\_\_\_\_ 1 Sólo lentes
- \_\_\_\_\_ 2 Sólo examen de ojos
- \_\_\_\_\_ 3 Examen y lentes

**\*\*\*Si Ud. contestó "Solo lentes" a la pregunta 1, salte a la pregunta 8 (no conteste preguntas 2-7)\*\*\***

**2. ¿Cuán difícil es reconocer a un amigo al otro lado de la calle?**

- \_\_\_\_\_ 1 No es difícil
- \_\_\_\_\_ 2 Poco difícil
- \_\_\_\_\_ 3 Medio difícil
- \_\_\_\_\_ 4 Muy difícil
- \_\_\_\_\_ 5 No se puede por causa de la vista
- \_\_\_\_\_ 6 No se puede por causa de otras razones.

**3. ¿Cuán difícil es leer los periódicos, las revistas, las recetas, los menús, o los números en el teléfono?**

- \_\_\_\_\_ 1 No es difícil
- \_\_\_\_\_ 2 Poco difícil
- \_\_\_\_\_ 3 Medio difícil
- \_\_\_\_\_ 4 Muy difícil
- \_\_\_\_\_ 5 No se puede por causa de la vista
- \_\_\_\_\_ 6 No se puede por causa de otras razones.

**4. ¿Hace cuanto tiempo que recibió un examen de ojos por un doctor o la persona que le cuida al ojo?**

- \_\_\_\_\_ 1 Entre el mes pasado (menos que un mes)
- \_\_\_\_\_ 2 Entre el año pasado (Entre un mes hasta un año)
- \_\_\_\_\_ 3 Entre los últimos dos años (Entre un año hasta 2 años)
- \_\_\_\_\_ 4 2 años o más
- \_\_\_\_\_ 5 Nunca

**5. ¿Cuál es la razón principal que no ha visitado un profesional de los ojos entre el año pasado?**

- \_\_\_\_\_ 1 Costo/Seguro
- \_\_\_\_\_ 2 No tiene/No conoce a un oftalmólogo
- \_\_\_\_\_ 3 No puede llegar a la oficina/clínica (se queda demasiado lejos, no hay transporte)
- \_\_\_\_\_ 4 No pudo conseguir una cita
- \_\_\_\_\_ 5 No hay problema
- \_\_\_\_\_ 6 No se ha dado cuenta
- \_\_\_\_\_ 7 Otra

**6. ¿Cuán a menudo cree usted que una persona debe de recibir un examen de ojos?**

- \_\_\_\_\_ 1 Cada 6 meses
- \_\_\_\_\_ 2 Cada año
- \_\_\_\_\_ 3 Cada dos años
- \_\_\_\_\_ 4 Cada 5 años
- \_\_\_\_\_ 5 No se sabe

(DAR VUELTA)

**7. ¿Hace cuanto tiempo que recibió un examen de ojos cuando se dilataron los ojos? (Este le hace sensible a la luz brillante por unas horas.)**

- \_\_\_\_\_ 1 Entre el mes pasado (menos que un mes)
- \_\_\_\_\_ 2 Entre el año pasado (Entre un mes hasta un año)
- \_\_\_\_\_ 3 Entre los últimos dos años (Entre un año hasta 2 años)
- \_\_\_\_\_ 4 2 años o más
- \_\_\_\_\_ 5 Nunca

**8. ¿Tiene usted seguro para los ojos?**

- \_\_\_\_\_ 1 Sí
- \_\_\_\_\_ 2 No
- \_\_\_\_\_ 3 No sabe/ no está seguro
- \_\_\_\_\_ 4 No le aplica
- \_\_\_\_\_ 5 La Rechazó

**9. ¿Si en la pregunta 8 contestó si, cual tipo de seguro es?**

- \_\_\_\_\_ 1 Medicare
- \_\_\_\_\_ 2 Medicaid
- \_\_\_\_\_ 3 Aseguran Saa del VA
- \_\_\_\_\_ 4 Seguro Privado
- \_\_\_\_\_ 5 No le aplica

**10. ¿Cree usted que va a cambiar su vida después de recibir un examen de ojos y/o lentes del Lions Lighthouse Foundation?**

**11. ¿Ha usado usted lentes en el pasado? ¿Por cuánto tiempo los ha usado?**

**12. ¿Si ha usado usted lentes en el pasado, cuál es el problema con ellos?**

**13. ¿Cómo es que se dio cuenta del Georgia Lions Lighthouse Foundation?**

## Servicios de visión: Autorización de hacer pública la información

Solamente debe de cumplir esta forma si el candidato quiere que otra persona contacte al Lighthouse en cuanto a la aplicación de servicios de los ojos.

Le doy mi permiso a:

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona que el candidato quiere obtener su información de salud privada)

\_\_\_\_\_  
La dirección de la persona arriba

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal

Para obtener del:

**Georgia Lions Lighthouse Foundation**  
1775 Clairmont Rd  
Decatur, GA 30033

la siguiente información de mis documentos (y cualquier parte específica):

\_\_\_\_\_

Para el propósito de: \_\_\_\_\_

Entiendo que el Federal Privacy Rule ("HIPPA") no protege la privacidad de información si ha sido re-declarado, y debido a eso, pido que toda la información obtenida por esta persona o agencia sea guardada confidencialmente y que ellos no puedan revelar esa información. Además, entiendo que mi candidatura para los servicios del Lighthouse no depende en esta autorización. Este documento debe ser autorización válida para todo los requisitos de la Regla de Privacidad y entiendo que esta autorización será válida para: (Favor de escoger uno)

\_\_\_\_\_ noventa (90) días o hasta que decido una fecha de vencimiento más temprano aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ un (1) año

\_\_\_\_\_ hasta que se cumpla todas las acciones necesarias en cuanto a los servicios que me ofrecieron. Entiendo que a menos que el gobierno del estado o federal lo limita o la medida que ya ha ocurrido, puedo retirar esta autorización en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Firma del candidato (La persona pidiendo servicios)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (Relación al candidato)

\_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado  
(La persona con el derecho a la información privada de salud del candidato)