

LIONS ORGAN & EYE BANK
PROGRAMA de ASISTENCIA de VISION
Solicitud para Asistencia de Vision

Solicitud para: <input type="checkbox"/> Cirugia <input type="checkbox"/> Transplante de Cornea <input type="checkbox"/> Otro (Specify)

Nombre	Fecha de nacimiento
Direccion	S.S.#
Ciudad, Condado, Estado, Codigo Postal	
Telefono	Numeros adicionales
Tiempo de Residencia	
Occupacion/Patron	
Firma de Solicitante	Fecha

Por favor escribe en LETRAS DE MOLDE Nombres de todos en su casa y sus ingresos. (Hay que proveer prueba)

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	RELACION AL SOLICITANTE	EMPLEADO?	INGRESO MENSUAL
		SOLICITANTE	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Tiene el solicitante? Seguro Medicare/Medicaid Plan de Seguro Otro

INGRESO TOTAL MENSUAL (Ingresos antes de impuestos y deducibles)	GASTOS MENSUAL (Promedio de mes a mes)
Sueldo del solicitante: \$	Renta/Hipoteca: \$
Sueldo del Esposo: \$	Servicios Publicos: \$
Sueldo de padres or de encargados: \$	Comida: \$
Beneficios de seguro social: \$	Telefono: \$
Beneficios de Incapacidad: \$	Medicina: \$
Pension de retiro: \$	Auto/Transporte: \$
Benificios de Desempleado: \$	Cuidaninos: \$
Inversiones: \$	Segura de Casa: \$
Ingresos de parientes: \$	Lista de cartas de credito: \$
Ingresos de manutencion/Alimenticia: \$	
Cupones para alimentos: \$	
Otros ingresos: \$	Otro: \$
INGRESO MENSUAL TOTAL: \$	GASTOS MENSUAL TOTAL: \$
Otro asistencia que recibe (comida gratis de escuela, etc.): \$	

Al otro lado de esta pagina, escriba que es su problema y que tipo de asistencia necesita.

CLUB DE LEONES SPONSOR	Telefono #
Nombre de Lion	email

CLUB DE LEONES SOLAMENTE
MANDE ESTA FORMA CON COPIAS DE SUS PAPALES REQUISITOS A:

LOEB Vision Assistance Committee
PO Box 830, Ft. Worth, TX 7101-0830

LIONS ORGAN & EYE BANK
PROGRAMA de ASISTENCIA de VISION
Solicitud para Asistencia de Vision

Instrucciones Para la Solicitud

Le agradecemos el dejar que el banco del club de Leones de ojos y órganos revise su solicitud de asistencia en lo perteneciente a su vista. Usted y su club de leones deben presentar una solicitud.

Favor de **completar** la solicitud y el resto de los requisitos:

- Copias previas de su declaración de impuestos
- Dos últimos talones de cheque de los miembros que trabajan.
- Copias de cualquier asistencia que reciba por ejemplo: estampillas de comida, asistencia en el pago de su casa, desempleo, etc.
- Copias de las tarjetas de las aseguradoras
- Copia de su identificación con foto
- Copias del expediente médico referente a la condición por la cual está usted pidiendo tratamiento y una descripción del servicio requerido.

Si viven en el condado Tarrant y no tiene ningún tipo de seguro. Debe de presentar una solicitud a "JPS Health Network" antes de presentar su solicitud a nuestra organización. Si le niegan la solicitud puede mandar la carta de negación y la solicitud. La manera más rápido de poner su solicitud al "JPS Health Network" es haciéndolo por internet.

Somos una organización sin fines de lucro con fondos limitados. Nuestra ayuda para usted organización sin fines de lucro con fondos limitados. Nuestra ayuda para usted puede ser que podamos contactarlo con otra organización.

En caso que no sea de emergencia se requiere que haga un pago para el solicitante para el tratamiento antes del servicio.

Nosotros no pagamos por servicios anteriormente recibidos.

Contratamos a doctores calificados con precios especiales para poder tratar a más pacientes. Tal vez no pueda escoger a su doctor. Pero podríamos contratar a uno que viva alrededor de 50 millas de su casa cuando sea posible.

Nuestra asistencia es de solo una vez en la vida. Discutiremos esto con los doctores antes del servicio para que el ó ella tengan esto en consideración cuando forman el plan de tratamiento si servicios son requeridos después de la operación estos deberán ser cubiertos de otra forma y son su responsabilidad ó en caso de que otros arreglos existan. Cada caso será tomado en consideración individualmente.

Proveemos ayuda en procedimientos médicos necesarios.

Daremos cuidadosa consideración a su solicitud. Favor de completar la solicitud y mandar los demás documentos requeridos mencionados anteriormente.

Por ahora no podemos ayudar a aquellos sin número de seguro social o están en este país ilegalmente. Su solicitud será considerada después de recibir toda la información y se lleva de 3 a 4 semanas para su proceso.

Su solicitud no será tomada en consideración si usted no lo hace junto con su club de leones local o su grupo de patrocinadores. Estas solicitudes no serán tomadas en consideración.