

SOLICITUD DE ASISTENCIA OFTALMOLÓGICA

(Debe ser residente del condado de Lincoln, Tennessee)

Instrucciones:

- ◆ Completar y firmar el formulario
- ◆ Enviarlo por correo a la dirección que aparece a la derecha o gire en el edificio municipal de Fayetteville.
- ◆ Espere a que un socio de los Leones la llamen



Club de Leones de Fayetteville
Atención: Grupo de asistencia para el cuidado de los ojos
Apartado Postal 217
Fayetteville, TN 37334

INFORMACIÓN AL PACIENTE:

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad ____ sexo: M ☐ F ☐

Dirección _____ Ciudad _____ código postal _____

Teléfono #*(_____) _____ Celular ☐ Inicio ☐ **DEBEMOS PODER COMUNICARNOS CON USTED POR TELÉFONO***

Problema ocular _____ cómo se detectó el problema _____

Fecha Último examen de la vista _____ Fecha Última asistencia de los Leones** _____ Nunca ☐

Si el paciente es un estudiante, nombre de la escuela _____

¿El solicitante es diabético? SÍ ☐ NO ☐ ¿Diabetes cubierta por Medicare? SÍ ☐ NO ☐

SI EL PACIENTE TIENE 19 AÑOS O MÁS, COMPLETE ESTA SECCIÓN

Estado civil _____ número de dependientes _____ ocupación _____

Dirección _____ del empleador _____ teléfono # (_____) _____

Nombre del cónyuge _____ Dirección _____

Dirección de _____ del empleador del cónyuge _____ teléfono# (_____) _____

SI EL PACIENTE TIENE 18 AÑOS O MENOS, COMPLETE ESTA SECCIÓN

Nombre del padre _____ ocupación _____

Dirección del padre _____ teléfono#(_____) _____ CorreoElectrónico: _____

Dirección _____ del empleador _____ teléfono # (_____) _____

Nombre de la madre _____ ocupación _____

Dirección de la madre _____ teléfono#(_____) _____ CorreoElectrónico: _____

Dirección _____ del empleador _____ teléfono#(_____) _____

* Si no podemos comunicarnos con usted por teléfono, no podemos programar una cita.

** Solo se aprobarán casos extremos si se brindó asistencia previa dentro de los últimos dos años.

INGRESOS: (INGRESE LOS INGRESOS MENSUALES COMBINADOS DE TODAS LAS FUENTES, TANTO DEL SOLICITANTE COMO DE TODAS LAS PERSONAS QUE TIENEN RESPONSABILIDAD SOBRE EL SOLICITANTE)

Total # Miembros en Este Hogar _____ Ingresos Recibidos: Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐

Sueldos y Salarios \$ _____ Trabajo por Cuenta Propia \$ _____ Discapacidad a Largo Plazo \$ _____

Compensación para trabajadores \$ _____ Pensión \$ _____ Seguro Social \$ _____

SSI Discapacidad \$ _____ Pensión alimenticia/manutención de los hijos \$ _____

Militar o veterano. \$ _____ Ingresos de Inversión \$ _____

Desempleo \$ _____ Asistencia social/TANF \$ _____ **INGRESO TOTAL \$ _____**

Si el ingreso del hogar es de \$0, haga una lista de quién proporciona apoyo y vivienda. o proporciona otra explicación:

SEGURO DE ENFERMEDAD:

¿Tienen seguro privado de visión? Sí ☐ No ☐ ¿Tiene seguro médico? Sí ☐ No ☐

Nombre de la compañía de seguros (si corresponde): _____

¿Cobertura de Medicare? Sí ☐ No ☐ ¿Cobertura de TennCare? Sí ☐ No ☐ Miembro # _____

¿Cobertura Medicare Advantage o Medigap? Proveedor: _____ Miembro # _____

GASTOS DEL HOGAR/VEHÍCULO:

Alquiler ☐ propio ☐ Pago de casa \$ _____ Servicios Públicos \$ _____

Seguro de Hogar/Inquilino \$ _____

Si está alquilado, nombre del propietario _____ teléfono #() _____

Dirección del arrendador _____

¿Vehículo propio/arrendado? Sí ☐ No ☐ Pago de vehículo \$ _____ Seguro Vehicular \$ _____

LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA Y CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTIENDO. POR LA PRESENTE, OTORGO PERMISO AL CLUB DE LEONES DE FAYETTEVILLE PARA VERIFICAR Y VERIFICAR SEGÚN SEA NECESARIO. SI NO PUEDO CUMPLIR CON UNA CITA OFTALMOLÓGICA PROGRAMADA, LLAMARÉ AL OFTALMÓLOGO PARA CANCELAR/REPROGRAMAR.

EL SOLICITANTE O EL PADRE/TUTOR _____ **FECHA** _____

FIRMA REQUERIDA

Para el Comité Leonístico de Asistencia Visual

Aprobado ☐ Desaprobado ☐

Doctor _____ Fecha de la cita _____ Hora _____

Fecha de notificación del solicitante: _____

