



Lions Eye Program Northeast Ohio, Inc.

SOLICITUD DE SERVICIO

Financiado por los Leones de los Distritos OH3 y OH4 – Teléfono: (330) 840-8303 Correo electrónico: lionseyepgm@gmail.com

Ubicado en Cleveland Clinic Lutheran Hospital - 1730 W. 25th St - Cleveland, Ohio 44113

WE SERVE

INFORMACIÓN GENERAL: COMPLETE EN SU TOTALIDAD	SOLO PARA USO DE LOS LEONES
Nombre _____ Fecha _____ Dirección _____ N.º de apartamento _____ Fecha de nacimiento _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Número de Seguro Social _____ (No es necesario, pero en ciertos casos puede ayudar) Teléfono principal _____ Teléfono secundario _____ Número total de dependientes en el hogar (incluyéndose a sí mismo, cónyuge y/o hijos) _____ Escriba en letra de imprenta el nombre del padre/madre o tutor si la solicitud es para un menor (menor de 18 años) _____	Date Received Stamp Agency/Organization Submitting Application Reason for application Phone Name & Title
INGRESOS DEL SOLICITANTE _____ INGRESOS DEL CÓNYUGE/PAREJA _____ (Ingreso mensual para solicitantes de 18 años o más) (Ingreso mensual, si corresponde) FUENTE DE INGRESOS _____ INGRESO MENSUAL TOTAL DEL HOGAR (incluye a todos los residentes del hogar) _____	REVIEW COMMITTEE REVIEWED: _____ A: APPROVED _____ B: DENIED _____ DATA BASE CHECK: _____
Cupones de alimentos/EBT ☐ Sí ☐ No Subsidized Housing ☐ Sí ☐ No (es decir, CHMA/Sección 8) GASTOS DEL HOGAR Alquiler/Hipoteca \$ _____ Alimentos/Artículos esenciales \$ _____ Servicios públicos \$ _____ (Agua, Electricidad, Gas/Calefacción) Gastos médicos \$ _____ Otros \$ _____	COMMENTS
SERVICIO SOLICITADO ☐ Examen de la vista ☐ Lentes ☐ Otro (Explique) _____ ¿Tiene MEDICARE? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene MEDICAID? ☐ Sí ☐ No ¿YA TIENE UNA RECETA? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿de dónde proviene la receta? (Nombre del médico) _____	
Certifico que la información anterior es verdadera y correcta según mi conocimiento. También entiendo que la información que he proporcionado está sujeta a verificación por parte del Lions Eye Program Northeast Ohio, Inc.	
Firma del solicitante: _____ Fecha: _____ Firma del padre/madre o tutor si el solicitante es menor de edad (menor de 18 años): _____	

NOTA PARA LOS SOLICITANTES: La financiación para los servicios y procedimientos solicitados en este formulario le es proporcionada gracias al arduo trabajo y la generosidad de los proyectos de recaudación de fondos de los Clubes de Leones, con la participación de aproximadamente 2,700 miembros de los 109 clubes de los Distritos OH3 y OH4. A nivel mundial, hay más de 1.4 millones de Leones que brindan ayuda a quienes la necesitan. Este servicio NO es un servicio gubernamental. Es una ayuda ofrecida con gratitud por quienes se llaman a sí mismos Leones, y cuyo lema es "NOSOTROS SERVIMOS."



WE SERVE

Lions Eye Program Northeast Ohio, Inc.

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD

Ubicado en el Hospital Luterano de la Clínica Cleveland

1730 W. 25th Street, Cleveland, Ohio 44113

Teléfono: 330-840-8303 (Deje un mensaje)

Correo electrónico: lionseyepgm@gmail.com

NOTAS E INSTRUCCIONES IMPORTANTES

1. Complete la solicitud respondiendo **TODAS LAS PREGUNTAS** y envíela al correo electrónico indicado arriba o al representante local del Club de Leones con quien haya estado trabajando.
2. Si tiene una receta médica, adjunte la receta o una copia de la receta al devolver la solicitud.
3. Si tiene algún tipo de seguro, como **MEDICAID**, ellos le proporcionarán un examen de la vista y anteojos. Geauga Vision/Jerold Optical, Inc. es un proveedor de Medicaid. Llame al 216-781-7900 para verificar si aceptan su póliza de Medicaid. Si usted reside en el Condado de Lake, el Dr. Sid Savitt (440-943-1993) en Wickliffe es un proveedor de Medicaid/Medicare directo.
4. Si tiene **MEDICARE**, busque un proveedor de Medicare y obtenga su receta médica.
5. Una vez que tenga la receta o una copia de la receta, adjúntela a la solicitud cuando nos la envíe por correo. En el Condado de Lake, For Your Eyes Only (440-585-2020) en Willoughby es un proveedor de Medicare. Una vez que la solicitud haya sido revisada por nuestro Comité de Revisión y haya sido aprobada, usted recibirá una notificación por correo.
6. Geauga Vision/Jerold Optical, Inc. (216-781-7900) es nuestro proveedor preferido para exámenes de la vista y anteojos en Cleveland. En el Condado de Lake, nuestros proveedores son Dr. Sid Savitt (440-943-1993) y For Your Eyes Only (440-585-2020).
7. Hay un copago de \$10.00 por el examen de la vista que debe pagarse al proveedor en el momento del examen.
8. Hay un copago de \$10.00 que debe pagarse al proveedor al momento de ordenar sus anteojos.
9. Si tiene Medicare debido a una discapacidad y tiene un spend down (deducible o gasto de reducción), por favor indíquelo.

Los Leones del Noreste de Ohio proporcionan anteojos recetados a personas que se encuentran en el 200% o por debajo del nivel de pobreza federal y que no hayan recibido anteojos recetados gratuitos de ninguna organización pública o privada en los últimos dos años.

No se proporciona transporte a menos que sea organizado por el Club de Leones local.

El Comité de Revisión del Programa de la Vista de los Leones del Noreste de Ohio, Inc. revisará las solicitudes cada dos miércoles y enviará un formulario de aprobación al solicitante y a nuestros proveedores preferidos.

La aprobación cubre lentes estándar y/o bifocales estándar.

Los lentes de transición, bifocales sin línea y recubrimientos especiales no están incluidos, pero pueden ser comprados por el solicitante.

El financiamiento de estos servicios es posible gracias al trabajo y generosidad de los miembros de los Clubes de Leones de los Distritos OH3 y OH4 del Noreste de Ohio.

Este no es un servicio gubernamental, sino una ayuda ofrecida con gratitud por quienes se llaman a sí mismos Leones, cuyo lema es:

“¡NOSOTROS SERVIMOS!”