



Lions Eye Foundation of California-Nevada, Inc.
P.O. BOX 7999
San Francisco, CA 94120
PRESERVING & RESTORING THE GIFT OF SIGHT

轉介患者指南

1. 患者的符合資格

- 在基金會服務的社區居住連續一年
- 沒有醫療保險 (包括縣或私人保險; 部份承保、保費分攤或免賠額)
- 根據 2024 年 1 月 1 日制定的準則, 核實的調整後總收入如下:

家庭人數	1	\$ 58,320
兩人收入家庭	2	\$ 78,880
家庭人數	3	\$ 99,440
家庭人數	4+	\$ 120,000

¹ 稅表 1040 第 37 行, 或稅表 1040EZ 第 4 行, 或稅表 1040A 第 21 行

2. 醫生轉介

- 首先必須斷定患者患有需要治療的眼疾(眼鏡和隱形眼鏡除外)。需有醫生轉介信說明患者的診斷。獅子眼科基金會不為眼鏡或隱形眼鏡提供經濟援助。

3. 會員責任

- 完成醫生轉介信, 患者財政聲明書和病患授權書(必須有醫生、患者和基金會代表相應簽名)
- 若可能, 請提供在舊金山內往返預約地點的交通協助。獅子眼科基金會將於見診後報銷部份的里程費用 (僅限單程) 給會員。交通費用報銷表格及說明可在我們的網站上找到。
- 若可能, 在患者接受了治療/手術後請推薦提供眼鏡的獅子會。

4. 疑問/表格/緊急狀況(視網膜脫落, 眼內有異物等)

- 聯絡獅子眼科基金會, 項目協調員 Adriana Reyes-Gouvea
- 電話: (415) 600-3950 Fax: (415) 369-1225
- 電郵: Adriana.Reyes-Gouvea@sutterhealth.org
- 網址: www.lionseyefoundation.com



Lions Eye Foundation of California-Nevada, Inc.
P.O. BOX 7999
San Francisco, CA 94120
保存和恢復視力的天賜禮物

申請時的資格

1. 收入證明

- 收入證明必須與您的申請表一起提交。收入證明文件可以是以下任何一項：
 1. 最近提交的聯邦納稅申報表
 2. 您最近的兩張薪資單據或失業支票的副本
 3. 政府福利信副本
 4. 簽署的個人信件，說明您沒有收入；如適用，請說明您與家人住在一起和/或由家人擔養。

2. 社會安全號碼 (SSN)

- 若您有社會安全號碼，您則必須也提供該號碼。如您沒有社會安全號碼，請寫上“沒有社會安全號碼”(英文 “no SSN”)。就算沒有社會安全號碼您也仍有資格獲取獅子眼科基金會的服務。

3. 醫療保險資訊

- 在患者財務聲明書上填寫您的醫療保險資訊。請務必回答所有有關醫療保險的問題。



醫生轉介表格

Lions Eye Foundation of
California-Nevada, Inc.

PO Box 7999, San Francisco, CA 94120
Phone (415) 600-3950 Fax (415) 369-1225

提交轉介表格:

傳真: (415) 369-1225

收件人: Adriana Reyes-Gouvea

郵寄: Lions Eye Foundation

PO Box 7999

San Francisco, CA 94120

注意: 不完整填寫的申請表將延遲轉介過程
有疑問? 請致電 (415) 600-3950

由轉介門診部填寫

日期: _____

轉介醫生: _____ 電話: _____

地址: _____ 傳真: _____
街名

城市 州 郵區號碼

患者: _____ 出生日期: _____
姓 名

地址: _____ 電話: _____
街名

城市 州 郵區號碼

性別 (圈一): 男 女 主要語言: _____

診斷: (包括完整的眼科檢查, 包括視力、眼睛結構、眼肌和眼底【瞳孔擴張檢查】)

簽名: _____ MD/DO

贊助的獅子會: _____ 區域: _____

本人確認已對該患者的財務需要進行了篩查, 並同意該患者符合資格獲取基金會的援助:

授權者: _____ 職位頭銜: _____
正楷姓名

電話: _____



患者財政聲明書

Lions Eye Foundation of California-Nevada, Inc.
PO Box 7999, San Francisco, CA 94120
Phone (415) 600-3950 Fax (415) (415) 369-1225

患者: 姓 名 出生日期:

地址: 街名 電話:

城市 州 郵區號碼 社會安全號碼:

緊急聯絡人: 姓名 關係:

電話號碼:

1. 患者目前就職 (圈一): 全職 半職 失業 退休

若受僱, 僱主名稱:
若失業, 多久沒有工作了?

2. 伴侶/夥伴就職 (圈一): 全職 半職 失業 退休

若受僱, 僱主名稱:

3. 家庭每月收入 (需要收入證明-包括最後兩張薪資單據或去年的退稅表)

調整後總收入 \$

若自僱, 總收入 (AGI) \$

4. 您是否有:

a. Medi-Cal 或 Medicaid? 沒有 有, 卡號

b. 聯邦醫療? 沒有 有

c. 其他保險? 沒有 有, 保險名稱:

d. 您是否曾經申請過 Medi-Cal 或 Medicaid? 沒有 有

若有, 請說明:

5. 本人證明本申請表格和所有隨附文件中包含的陳述均屬實無誤, 並完全明白本申請表格中的所有陳述都將受到調查, 並且對任何問題的任何虛假或不誠實的回答都可成為拒絕援助的理由。

患者或父母/監護人簽名

日期



病患資訊授權書

Lions Eye Foundation of California-Nevada, Inc.

PO Box 7999, San
Francisco, CA 94120
Phone (415) 600-3950
Fax (415) 369-1225

I. 解釋：州和聯邦法律規定，必須要授權才可使用或披露我的醫療保健資訊。

II. 授權：此授權適用於以下患者的醫療保健資訊：

病患：_____ 出生日期：_____ 本人, (患者或法律
代表人) _____

授權 _____

(發佈醫療記錄人士的姓名與地址)

向獅子眼科基金會及其附屬獅子會發佈我完整的眼科檢查，包括視力、眼外部、眼睛結構、眼肌和眼底各項的檢查記錄。

本人在此授權加州內華達獅子眼科基金會對我和我的家屬所有必要的調查，以確定援助資格。

III. 失效日期：授權應立即生效，並一直有效，直至 (寫上具體日期): _____

IV. 限制：除非接收者獲得另一份授權書，否則加州法律禁止接收者進一步披露您的醫療保健資訊。此保護不適用於加州以外的接收者。

V. 您的權利：

- 本人明瞭授權披露此醫療資訊屬自願。本人可拒絕簽署此授權書。
- 本人可隨時撤銷此授權。我的撤銷必須以書面形式通知，有我本人或代表簽署，並郵寄至以下地址：Lions Eye Foundation, PO Box 7999, San Francisco, CA 94120。我的撤銷將在收到後即時生效，但不會影響我在授權有效期間所作出的使用或披露。
- 本人有權取得此授權書的一份副本；此文件的原本將由獅子眼科基金會存檔。我可以檢閱並取得一份我授權使用或披露的醫療保健資訊的副本。

VI. 簽名

簽名：_____ 日期：_____

正楷姓名：_____