



## Lions Eye Foundation of California-Nevada, Inc.

P.O.BOX 7999

San Francisco, CA 94120

保存與恢復視力的天賦  
轉介患者的指引與說明

### 1. 患者資格

- 在本基金會服務的社區內連續居住一年
- 無健康保險（無縣級、政府級或私人保險；無部分給付、費用分擔或自付額）
- 調整後總收入 (Adjusted Gross Income, AGI) (美國國稅局 (Internal Revenue Service, IRS) 表格 1040 的第 37 行，或 IRS 表格 1040EZ 的第 4 行，或 IRS 表格 1041 的第 21 行) 需符合 2026 年 1 月 1 日制定的如下指引：

家庭人數	1	\$62,600
雙薪家庭	2	\$84,600
家庭人數	3	\$106,600
家庭人數	4+	\$128,600

### 2. 醫師或健康診所轉介要求

- 必須首先確定患者有需要治療的眼疾（不包括眼鏡和隱形眼鏡）。需要來自醫師、驗光師或眼科醫生的轉介，並說明患者的診斷。Lions Eye Foundation 不提供眼鏡或隱形眼鏡的經濟援助。
- 需完成醫師轉介表格、患者財務狀況聲明書及患者資訊披露同意書（必須相應地由醫師、患者或診所授權人員簽署）。

### 3. 若分會轉介患者，分會的責任

- 分會必須透過電話 (415) 600-3950、傳真 (415) 369-1225 或電子郵件 [Adriana.Reyes-Gouvea@sutterhealth.org](mailto:Adriana.Reyes-Gouvea@sutterhealth.org) 聯絡計畫協調員 Adriana Reyes-Gouvea 來協調患者轉介流程。
- 在計畫協調員的協助下，監督完成醫師轉介表格、患者財務狀況聲明書及患者資訊披露同意書（必須相應地由醫師、患者和分會代表簽署）。
- 若可能，在往返於 San Francisco 就診的交通方面提供協助。Lions Eye Foundation of California-Nevada, Inc. (LEF) 將在就診發生後，補償分會部分里程費用（僅限單程）。交通費用補償申請表和說明可於我們的網站上取得。
- 可能的情況下，轉介分會應在患者完成治療/手術後提供眼鏡。

### 4. 問題/表格/緊急情況（視網膜剝離、眼內異物等）

- 請聯絡 Lions Eye Foundation 計畫協調員 Adriana Reyes-Gouvea
- 電話：(415) 600-3950 傳真：(415) 369-1225
- 電子郵件：[Adriana.Reyes-Gouvea@sutterhealth.org](mailto:Adriana.Reyes-Gouvea@sutterhealth.org)



**Lions Eye Foundation of California-Nevada, Inc.**  
**P.O.BOX 7999**  
**San Francisco, CA 94120**  
**保存與恢復視力的天賦**

### **申請時的患者要求**

#### **1. 收入證明**

- 收入證明必須與您的申請一併提交。收入證明可以是以下任何一項：
  1. 最近一次提交的聯邦納稅申報表。
  2. 您最近兩次薪資單或失業救濟金支票的副本。
  3. 政府補助核准函的副本。
  4. 簽署的個人信函，說明您沒有收入；並且若適用，說明您與家人同住及/或由家人支持。

#### **2. 健康保險資訊**

- 請在患者財務狀況聲明書中提供您的健康保險資訊。務必回答所有關於保險的問題。



醫師轉介表格

Lions Eye Foundation of  
California-Nevada, Inc.

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

提交申請方式：

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：資料不完整的申請將會延遲轉介流程。

有問題嗎？請撥打 (415) 600-3950

由轉介診所填寫

日期：\_\_\_\_\_

轉介醫師：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_ 傳真：\_\_\_\_\_

街道

城市

州

郵遞區號

患者：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_\_

姓

名

地址：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_

街道

城市

州

郵遞區號

性別 (請圈選)：男 女 主要語言：\_\_\_\_\_

診斷：(請包括完整的眼科檢查，包含視力、外置裂隙燈、肌肉、眼底檢查以及最近的病歷記錄)

簽名：

\_\_\_\_\_ MD/DO/授權診所代表



**患者財務狀況聲明書**  
**Lions Eye Foundation of California-Nevada, Inc.**  
**PO Box 7999, San Francisco, CA 94120**  
**電話 (415) 600-3950 傳真 (415) 369-1225**

患者：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

姓 名

地址：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

街道

\_\_\_\_\_

城市 州 郵遞區號

緊急聯絡人：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_

姓名

電話號碼：\_\_\_\_\_

1. 患者目前就業狀況 (請圈選)： 全職 兼職 待業中 退休

若受僱，雇主名稱：\_\_\_\_\_

若待業中，已多久沒有工作？\_\_\_\_\_

2. 配偶/伴侶就業狀況 (請圈選)： 全職 兼職 待業中 退休

若受僱，雇主名稱：\_\_\_\_\_

3. 家庭月收入 (需提供收入證明——請附上最近兩次薪資單或前一年度納稅申報表的副本)

調整後總收入 \$ \_\_\_\_\_

若為自僱者，總收入 (AGI) \$ \_\_\_\_\_

4. 您是否有：

a. Medi-Cal 或 Medicaid? 否 是 卡號 \_\_\_\_\_

b. Medicare? 否 是

c. 其他保險? 否 是 保險計畫名稱：\_\_\_\_\_

d. 您是否曾經申請過 Medi-Cal 或 Medicaid? 否 是

若是，請說明：\_\_\_\_\_

5. 本人證明，此申請書及任何隨附文件中包含的所有陳述均屬實且正確，並充分瞭解本申請書中的所有陳述均接受調查，且對任何問題做出虛假或不誠實的回答可能構成拒絕的理由

\_\_\_\_\_ 日期

患者或家長/監護人簽名

**患者資訊披露同意書**  
**Lions Eye Foundation of California-Nevada, Inc.**  
**PO Box 7999, San Francisco, CA 94120**  
**電話 (415) 600-3950**  
**傳真 (415) 369-1225**

**I. 說明：**州和聯邦法律要求授權使用或披露本人的健康資訊。

**II. 授權：**此授權適用於以下患者的健康資訊：

患者：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_ 本人

(患者或法定代理人) \_\_\_\_\_

授權 \_\_\_\_\_

(披露記錄的實體名稱和地址)

將本人的完整眼科檢查記錄 (包含視力、外置裂隙燈、肌肉和眼底檢查) 向 Lions Eye Foundation 披露。

本人特此授權 **Lions Eye Foundation of California-Nevada, Inc.** 進行任何有關本人及本人受撫養人之必要調查，以確立獲得援助的資格。

**III. 有效期：**此授權將立即生效，並持續有效直至 (請輸入特定事件所發生的日期)：\_\_\_\_\_

**IV. 限制：**加州法律禁止接收者在未獲得您另一項授權或未在法律允許披露的情況下，進一步披露您的健康資訊。此保護不適用於加州以外的接收者。

**V. 您的權利：**

- 本人瞭解授權披露此健康資訊是自願的。本人可以拒絕簽署此授權書。
- 本人可以隨時撤銷此授權。本人的撤銷必須以書面形式提出，由我本人或代表本人簽署，並送達至以下地址：Lions Eye Foundation, PO Box 7999, San Francisco, CA 94120。本人的撤銷將在收到後生效，但不會影響在本人授權有效期間所進行的使用或披露。正本將由 Lions Eye Foundation 存檔。本人可以檢查並獲取本人授權使用或披露的健康資訊副本。

**VI. 簽名**

簽名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

請以正楷書寫姓名：\_\_\_\_\_