

IEI Funded Program Overview – For Patient

Payment and Insurance

The Illinois Eye Institute accepts most forms of insurance, including Medicare and Medicaid. Please visit our website at <http://www.illinoiseyeyinstitute.org> or confirm with our customer service representative.

Please note that if you are part of an HMO or Managed Care Organization, you will need to contact your Primary Care Provider to request an eye care referral for each visit. It is your responsibility to obtain the referral before the visit.

What if I don't have health insurance or have health insurance that is not accepted by IEI – can I still become a patient at Illinois Eye Institute?

If you do not have insurance coverage, or your insurance is not accepted by IEI, you may still become an IEI patient and apply for discounted care through an IEI funded program - Vision of Hope. The VOH program is for people who have limited eye and vision insurance coverage and meet certain financial criteria. Under this program, your fee may be anywhere from **\$0 to \$40** for a visit. The fee is based on your income and family size. You will need to meet with a Patient Financial Service Representative to review your household size and proof of income to determine eligibility. To apply for VOH, you must bring this letter, your driver's license, state I.D., or some form of photo identification, and the following proof of income:

- o Family Income must be assessed. The following forms of income verification for all family members working and living in the same household are necessary in order to determine eligibility.
- o Last 3 Check Stubs or a letter from your employer stating the hours you work and the amount paid. Your employer's name and contact number must be on the letter
- o Letter from Unemployment (must show income for 1 full year)
- o Earnings Statement from Social Security, retirement fund or pension
- o Income Tax Return
- o Most recent bank statements (last 3)
- o Notarized letter of support, or on agency letterhead stating your income and housing status

If you receive **SNAP** benefits/have a **LINK** card, you may qualify for another IEI program funded through the Illinois Department of Human Services, please call 312.949.7234 for details. Hours for application are:

Monday to Wednesday 8:30 a.m. – 6:00 p.m.

Thursday and Friday 8:30 a.m. – 4:00 p.m.

Saturday 8:30 a.m. – 1:00 p.m.

Your information will be photocopied and forwarded to Vision of Hope personnel to process. You will be contacted to determine if you qualify for the program. If you have any questions, please contact us at 312.949.7234.

Programa Financiado por IEI – Para Paciente

Pago y Aseguranza

El Illinois Eye Institute acepta la mayoría de las formas de seguro incluyendo Medicare y Medicaid. Por favor visite <http://www.illinoiseyeinstitute.org> o confirme con nuestro representante de servicio al cliente.

Tenga en cuenta que si tiene un HMO (Organización del Mantenimiento de la Salud), usted tendrá que contactar su PCP (Médico de Atención Primaria) para solicitar una remisión médica para cada visita. Usted es responsable en obtener la remisión médica antes de la visita.

¿Puedo ser un paciente en el Illinois Eye Institute si no tengo seguro médico, o tengo seguro médico que no es aceptado?

Si usted no tiene seguro médico o tiene seguro médico que no es aceptado, usted todavía podría calificar para un programa financiado por el IEI – Vision of Hope. El VOH es para personas que tienen seguro de la vista limitado y cumplen con ciertos requisitos financieros. Bajo este programa, su pago sería entre **\$0 a \$40** por cada visita. Este costo se basa en sus ingresos y tamaño de la familia/hogar. Si le gustaría aplicar para el programa VOH, tiene que llevar esta carta, su licencia de manejar, identificación del estado, u otra identificación con foto, y las siguientes pruebas de ingresos financieros:

- o Los tres últimos talones de cheques del trabajo
- o Una carta de su empleador especificando las horas que trabaja y su salario. El nombre de su empleador y el número de teléfono tienen que estar incluidos en la carta
- o Una carta de desempleo (tiene que demostrar su ingreso por un año)
- o El estado de cuenta de su seguro social (Social Security), fondo de retiro, o pensión
- o Una copia de su declaración de impuestos de ingreso
- o Los tres últimos estados de cuenta
- o Una carta notariada u oficial con el logo de la organización o la agencia que lo está sosteniendo económicamente, especificando su ingreso y su estado de vivienda

Si usted recibe beneficios de **SNAP**/tiene tarjeta de **LINK**, podría calificar para otro programa que está disponible por el Departamento de Servicios Humanos de Illinois. Por favor llame al 312.949.7234 para más información. El horario para aplicar es:

Lunes a Miércoles 8:30 a.m. - 6:00 p.m.
Jueves y Viernes 8:30 a.m. - 4:00 p.m.
Sábados 8:30 a.m. - 1:00 p.m.

Una copia de su información será enviada al personal de VOH para procesar su aplicación. Usted será contactado para determinar si califica para el programa. Si tiene alguna otra pregunta acerca de la aplicación, por favor no dude en contactarnos a 312.949.7234.



ILLINOIS
EYE
INSTITUTE

Vision of Hope
3241 South Michigan Avenue
Chicago, Illinois 60616
312.949.7234
www.illinoiseyeinstitute.org

This letter is being sent to you because you asked about the Vision of Hope Health program (VOH).

Vision of Hope is an IEI funded program for people who have **limited** eye and vision insurance coverage, do **not** receive SNAP benefits, and meet certain financial criteria.

If you receive **SNAP** benefits/have a **LINK** card, you may not qualify for VOH; however, you may qualify for another program available through the Illinois Department of Human Services. Please call 312.949.7234 for further details. If you receive Medicare, Medicaid, or other insurance call 312.949.6200 to schedule an eye exam through those programs.

If you would like to apply for VOH, you must bring this letter, your driver's license, state I.D., or some form of photo identification, and the following proof of income:

- Family Income must be assessed. *The following forms of income verification for all family members working and living in the same household are necessary in order to determine eligibility.*
- Last three Check Stubs or
- Letter from your employer stating the hours you work and the amount paid. Employer's name and contact number must be on the letter
- Letter from Unemployment (must show income for 1 full year)
- Earnings Statement from Social Security, retirement fund or pension
- Income Tax Return
- Most recent bank statements (last three)
- Notarized letter of support, or on agency letterhead stating your income and housing status
- ✓ **NOTE: VOH has limited resources. We are attempting to help those who are in most need of our services first. Please also bring a written statement about your vision history or health needs.**

Hours for application are:

Monday to Wednesday 8:30 a.m. – 6:00 p.m.

Thursday and Friday 8:30 a.m. – 4:00 p.m.

Saturday 8:30 a.m. – 1:00 p.m.

Your information will be photocopied and forwarded to Vision of Hope personnel to process. You will be contacted to determine if you qualify for the program. **VOH has limited resources so be prepared to wait for a response.** If you have not received a response within three weeks or have any questions, please contact us at 312.949.7234.



Vision of Hope
3241 South Michigan Avenue
Chicago, Illinois 60616
(312) 949-7234
www.illinoiseyeinstitute.org

Usted ha recibido esta carta debido a su solicitud de información acerca del programa Vision of Hope (VOH).

Vision of Hope es un programa financiado por el IEI para personas que cumplan con los siguientes requisitos: Seguro de la vista **limitado**, **no** reciben beneficios de SNAP, y califiquen económicamente.

Si usted recibe beneficios de **SNAP**/tiene tarjeta de **LINK**, no califica para VOH, pero podría calificar para otro programa que está disponible por el Departamento de Servicios Humanos de Illinois. Por favor llame al 312.949.7234 para más información. Si recibe Medicare, Medicaid, u otra aseguranza, llame al 312.949.6200 para hacer una cita del examen de la visión utilizando estos programas.

Si le gustaría aplicar para el programa VOH, tiene que llevar esta carta, su licencia de manejar, identificación del estado, u otra identificación con foto, y las siguientes pruebas de ingresos financieros:

- **Los ingresos financieros de toda la familia se tienen que evaluar. Las siguientes formas de verificación de ingresos para todos los miembros de la familia que trabajan y viven en la misma casa son necesarios para determinar su elegibilidad.**
- Los tres últimos talones de cheques del trabajo
- Una carta de su empleador especificando las horas que trabaja y su salario. El nombre de su empleador y el número de teléfono tienen que estar incluidos en la carta
- Una carta de desempleo (tiene que demostrar su ingreso por un año)
- El estado de cuenta de su seguro social (Social Security), fondo de retiro, o pensión
- Una copia de su declaración de impuestos de ingreso
- Los tres últimos estados de cuenta
- Una carta notariada u oficial con el logo de la organización o la agencia que lo está sosteniendo económicamente, especificando su ingreso y su estado de vivienda
- NOTA: VOH tiene recursos limitados. Por esta razón, nosotros tratamos de ayudar primero a quienes más necesitan de nuestros servicios. Por favor traiga escrita detalladamente la historia de su visión y su condición de salud.

El horario para aplicar es:

Lunes a Miércoles 8:30 a.m. - 6:00 p.m.

Jueves y Viernes 8:30 a.m. - 4:00 p.m.

Sábados 8:30 a.m. - 1:00 p.m.

Una copia de su información será enviada al personal de VOH para procesar su aplicación. Usted será contactado para determinar si califica para el programa. VOH tiene recursos limitados, y por esta razón le pedimos que sea paciente esperando la respuesta de su solicitud. Sin embargo, si no ha recibido ninguna respuesta en tres semanas, llámenos al 312.949.7234. Si tiene alguna otra pregunta acerca de la aplicación, por favor no dude en contactarnos al mismo número.



APPLICATION FOR SERVICES / Solicitud de Servicios

APPLICANT INFORMATION: (PLEASE PRINT/Por favor escriba con letra clara)

NAME: _____
Last/APELLIDO First/Primer Nombre MI

DATE OF BIRTH/Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____
Month/Mes Day/Día Year/Año

GENDER/Género: (CHECK ONE/Marque Uno) MALE/Hombre FEMALE/Mujer

ADDRESS/Dirección: _____
Street Apt # City State Zip

PHONE/Teléfono: _____

Email/Correo Electrónico: _____

SOCIAL SECURITY NUMBER/Número de Seguro Social: _____

Number of people living in household/Número de personas viviendo en el hogar:
_____ Adults/Adultos _____ Children under the age of 18/Jóvenes menores de 18

Interpreter needed?/¿Necesitas intérprete? (CHECK ONE/Marque Uno):
 No, not needed Will bring someone to interpret/Voy a traer propio intérprete YES/Si - language _____

*The Illinois Eye Institute will make every effort to have an interpreter available, but patients should bring their own interpreter whenever possible.

*El Illinois Eye Institute hara todo lo posible para tener un intérprete disponible pero pacientes debe traer sus propios intérpretes siempre que sea posible.

EMPLOYED/Empleado: FULL-TIME/Tiempo Completo PART-TIME/Tiempo Parcial NO

**APPLICANT HAVING ONE OR MORE OF THE FOLLOWING MAY NOT QUALIFY FOR VOH:
SOLECITANTE TENIENDO UNO O MAS DE LOS SIGUIENTES NO CALIFICA PARA VOH:**

SNAP/LINK IDPA Recipient ID# _____ Medicare ID# _____ Private Ins. _____
 Veteran

AGENCY NAME:

ADDRESS:

CONTACT PHONE:

CONTACT FAX:

I have verified that the applicant listed above does not have insurance and meets the federal income guidelines: _____
(Please Initial)

All information contained on this form is confidential and will be used to process your application.
Toda informacion en esta forma es confidencial y sera utilizado para proceso de su aplicación.

APPLICANT SIGNATURE/Firma: _____ **DATE/Fecha:** _____

Application is valid for 60 days after date of submission. If approved, VOH program is valid for 1 year from date of initial eye examination.