



HIGH-QUALITY EYE CARE *for ALL*

GRANT APPLICATION



Dear Patient or Parent / Guardian,

ACE is committed to empowering sight and achieving a community where access to vision care is no longer a barrier to human achievement. Through our work providing access to high quality eye care, eyewear, and eye surgery to the underserved and uninsured population of Kern County, we help fuel people's potential by helping them see clearly.

Through ACE's work, we have met some extraordinary individuals who inspire us every day and we know there are many more out there. Because of this, on a case-by-case basis, ACE provides grants and/or highly subsidized eyecare services to Kern County residents who demonstrate an extraordinary need and hardship. Recipients will receive the needed eye care services and the chance to share their story and inspire others in Kern County.

If you are interested in receiving services through this grant program, please complete the application forms enclosed and submit them to ACE for consideration.

Kind regards,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Justin L. Cave'.

Justin L. Cave, MPA
ACE Eyecare, Inc.
Advanced Center for Eyecare

REQUIRED FINANCIAL HARDSHIP DOCUMENTATION

ACE Eyecare, Inc., and its affiliate, Advanced Center for Eyecare, (collectively, “ACE”) abides by its contractual and legal obligations to the health benefit plans to collect charges, co-pay, co-insurance, and deductible amounts owed by patients. Recognizing that circumstances may arise where an individual is unable to pay in full at the time of service, ACE has adopted a policy of screening requests for discounts, delayed payment plans, or forgiveness of debt based on individual circumstances. In order to do this, we must ask for certain financial information. Please complete the enclosed forms to the best of your ability and provide the applicable required supporting documentation below. All information will be confidential as per ACE’s privacy policy.

Required documentation:

1. Completed and signed grant application
2. Copies of **ANY AND ALL HEALTH INSURANCE CARDS** or denial letters/statements that the patient may have from Medi-Cal, Medicare or Covered California
3. If you are not currently employed, please include proof of unemployment insurance, state disability, SSI or social security
4. If you and/or a household member are employed, please include a copy of the last two pay stubs for each working household member
5. Most recent bank statement(s)
6. Mortgage statement or rental/lease agreement
7. Most recent school transcript, if applicant is a student
8. If you are being referred by a provider outside of ACE, please attach a referral note from that provider
9. Completed and signed Media Release & Waiver

All documentation must be received along with this application. Complete applications are reviewed once a month by the ACE grant committee and applicants will be contacted when a decision has been reached or if additional documentation is required. **It is important for applicants to respond to requests or inquiries by the grant committee**, as lack of communication will be considered an abandonment of the application. An approved grant application is generally **valid for 90 days and covers only the specific procedure, service, or assistance requested**. This validity period may be extended at the grant committee’s sole discretion. Should an applicant require multiple procedures or services, the grant committee may require separate applications.

If you are unable to provide some of the required information, please explain why:

By signing below, I certify that I have read and understood these requirements.

Patient or Parent / Guardian Name

Patient or Parent / Guardian Signature

Date



GRANT APPLICATION

PATIENT

Name:	Date of Birth:
Social Security Number:	Phone:
Street Address, City, State, Zip:	
Email:	
Medical Insurance: <input type="checkbox"/> none	Subscriber #:
Vision Insurance: <input type="checkbox"/> none	Subscriber #:

PARENT OR GUARDIAN (if patient is a minor)

Name:	Date of Birth:
Social Security Number:	Phone:
Email:	
Street Address, City, State, Zip:	
Relationship to Patient:	

PATIENT OR PARENT / GUARDIAN EMPLOYMENT

Employed (Full-Time / Part-Time / Seasonal) Unemployed since (mm/yy) _____

Please provide information about your current employer, or your most recent employer if you are unemployed:

Employer Name:	Employer Phone:	
Employer Street Address, City, State, Zip:		
Employed Since (mm/yy):	Pay:	Hours Per Week:

If you are unemployed, check all that apply below:

Actively Looking for Work Student (Full-Time / Part-Time) Retired Family Caregiver
 Temporarily Unemployed (reason: _____)



**PATIENT OR PARENT / GUARDIAN
PUBLIC ASSISTANCE AND SOCIAL INSURANCE**

Check all public assistance and social insurance programs you are currently a recipient of:

- SSI
 Disability
 MediCal
 CalFresh
 SNAP
 WIC
 CalWORKS
 Paid Family Leave (PFL)
 Unemployment
 Workers' Compensation
 Other _____

**PATIENT OR PARENT / GUARDIAN
MARITAL STATUS**

- Single
 Married
 Divorced
 Widowed

SPOUSE OR DOMESTIC PARTNER

Name:	Date of Birth:
Social Security Number:	Phone:
Street Address, City, State, Zip:	
Relationship to Patient:	

**SPOUSE OR DOMESTIC PARTNER
EMPLOYMENT**

- Employed (Full-Time / Part-Time / Seasonal)
 Unemployed since (mm/yy) _____

Please provide information about current employer, or most recent employer if unemployed:

Employer Name:	Employer Phone:	
Employer Street Address, City, State, Zip:		
Employed Since (mm/yy):	Pay:	Hours Per Week:

If unemployed, check all that apply below:

- Actively Looking for Work
 Student (Full-Time / Part-Time)
 Retired
 Family Caregiver
 Temporarily Unemployed (reason: _____)

HOUSEHOLD INCOME AND EXPENSES

Please list and add up your household's average **monthly income and expenses** over the last twelve months. For amounts paid annually, enter the amount divided by twelve.

INCOME		EXPENSES	
Employment		Mortgage or Rent	
Unemployment		Transportation	
Social Security and/or SSI		Utilities	
Pension and/or State Disability		Food	
All Other Income		All Other Expenses	
Total Monthly Income		Total Monthly Expenses	

HOUSEHOLD ASSETS

Do you have any of the following assets? If yes, please provide current balance / value.

Checking Account Yes No Balance \$ _____

Savings Account Yes No Balance \$ _____

Stocks, Investments Yes No Value \$ _____

Property (other than primary residence) Yes No Value \$ _____

GENERAL HOUSEHOLD INFORMATION

What is your current housing situation?

- Owned Home/Condo/Apartment
 Rented Home/Condo/Apartment
 Skilled Nursing Facility
 Public Housing/Shelter
 Living with family/friends*
 Homeless

*If you live with family or friends, do they own or rent their Home/Condo/Apartment? Own Rent

How many persons live in your household? _____ How many attend school? _____ How many work? _____

ACE
HIGH-QUALITY EYE CARE *for ALL*
HARDSHIP STATEMENTS

Please describe what services and assistance you are seeking to receive through the ACE Grant.
(Please attach additional pages, if needed.)

How would receiving these services and assistance impact your life? (Please attach additional pages, if needed.)

What additional information would you like us to consider? (Please attach additional pages, if needed.)

ACKNOWLEDGEMENT

By signing below, I certify that this information is true and complete to the best of my knowledge. I grant ACE permission to verify this information, including a credit report, income and monetary assets, and acknowledge that completion of this form does not guarantee a grant, discount, payment plan, or forgiveness of debt.

Patient or Parent / Guardian Name

Patient or Parent / Guardian Signature

Date

FOR ACE USE ONLY

Approved: _____

Denied: _____

Reviewer Signature: _____ Review Date: _____



HIGH-QUALITY EYE CARE *for ALL*

Media Release & Waiver

To help further develop our programs and services, ACE Eyecare, Inc. and Advanced Center for Eyecare sometimes would like to photograph patients, disseminate information about patients, or interview patients for the purposes of publicity, advertising, and/or promotion via television, film, video, audio tape, print or electronic media. Written consent is required for the patient’s participation and appearance in such a still photograph and/or audio-visual programming.

By signing below, you give your consent to ACE Eyecare, Inc. and Advanced Center for Eyecare, its staff, its agents, as well as OneSight and all other ACE partners, affiliates and assignees, to use your and/or the patient’s name, age, comments, photograph and likeness in order to promote ACE Eyecare, Inc. and Advanced Center for Eyecare’s work and mission via television, film, video, audio tape, print and/or electronic media. You waive any right to control approval, use, or reuse such still photographs or audio-visual programming. On behalf of yourself and/or the patient you also waive any rights to fees, royalties, or other compensation, which may arise from the participation in the still photograph or audio-visual programming under the laws of the United States or any state thereof, or under the laws of any other nation or jurisdiction. If the patient is under 18 years of age, you also certify that you are the legal guardian of the patient with the right to give this consent. You understand that you and/or the patient stated below may be photographed or videotaped, may be called upon by journalists to answer questions about your/their involvement with ACE Eyecare, Inc. and Advanced Center for Eyecare, and will also allow ACE Eyecare, Inc. and Advanced Center for Eyecare to contact your and/or the patient stated below for media responses or comments.

Patient Name: _____ **Patient Signature:** _____

Guardian Name: _____ **Guardian Signature:** _____
(if patient is under 18)

Please provide us with the information below:

Street Address:		
City:	State:	Zip:
Phone Number:	Email Address:	
Administration Use Only:		
Date:	Media/Picture Taken By:	
Location:	Sign Off By:	
Media to be used for:		



HIGH-QUALITY EYE CARE *for ALL*

SOLICITUD DE SUBVENCIÓN



Estimado paciente o padre / tutor,

ACE se compromete al empoderamiento de la vista y el logro de una comunidad donde el acceso al cuidado de la vista ya no es una barrera para el éxito humano. Ayudamos a aumentar el potencial de las personas, al ayudarlas a ver con claridad. Brindamos acceso al cuidado de la vista de alta calidad, lentes y cirugía ocular a la población marginada y sin seguro en el Condado de Kern.

Hemos conocido a personas extraordinarias que nos inspiran todos los días, y sabemos que hay muchas más. Debido a esto, caso por caso, ACE brinda subvenciones y/o servicios altamente subsidiados del cuidado de la vista a los residentes locales que demuestran una necesidad y dificultad extraordinaria. Los beneficiarios recibirán los servicios necesarios y la oportunidad de compartir su historia e inspirar a otros en el Condado de Kern.

Si está interesado en recibir servicios a través de este programa de subvención, complete los formularios de solicitud adjuntos y envíelos a ACE para su consideración.

Saludos cordiales,

Justin L. Cave, MPA
ACE Eyecare, Inc.
Advanced Center for Eyecare

DOCUMENTACIÓN DE DIFICULTAD FINANCIERA REQUERIDA

ACE Eyecare, Inc., y su afiliada, Advanced Center for Eyecare, (colectivamente, "ACE") cumple con sus obligaciones contractuales y legales con los planes de beneficios de salud para cobrar cargos, copagos, coseguros y deducibles debido por los pacientes. Al reconocer que pueden surgir circunstancias en las que una persona no pueda pagar el monto total en el momento del servicio, ACE ha adoptado una política de selección de solicitudes de descuentos, planes de pago diferido o condonación de deudas en función de las circunstancias individuales. Para hacer esto, debemos solicitar cierta información financiera. Complete los formularios adjuntos lo mejor que pueda y proporcione la documentación requerida. Toda la información será confidencial según la política de privacidad de ACE.

Documentos requeridos:

1. Solicitud de subvención completada y firmada.
2. Copias de **CUALQUIER Y TODAS TARJETAS DE SEGURO** o declaraciones de denegación que el paciente tenga de Medi-Cal, Medicare o Covered California.
3. Si no está empleado actualmente, incluya un comprobante de seguro de desempleo, discapacidad del estado, SSI o Seguro Social.
4. Si usted y / o un miembro de la familia tienen empleo, incluya una copia de los dos últimos talones de cheques de cada miembro de la familia que trabaja.
5. Estados de cuentas más recientes
6. Declaración de hipoteca o contrato de alquiler / arrendamiento
7. Expedientes académicos más recientes, si el solicitante es un estudiante
8. Si está siendo referido por un médico fuera de ACE, adjunte una nota de referencia de ese médico
9. Renuncia y Exención de Medios completada y firmada.

Toda la documentación debe ser recibida junto con esta solicitud. Las solicitudes completas son revisadas una vez al mes por el comité de subvención de ACE y los solicitantes serán contactados cuando se llegue a una decisión o si se requiere documentación adicional. **Es importante que los solicitantes respondan a las solicitudes o consultas del comité de subvenciones**, ya que la falta de comunicación se considerará un abandono de la solicitud. Una solicitud de subvención aprobada generalmente es **válida por 90 días y cubre solo el procedimiento, servicio o asistencia específicos solicitados**. Este período de validez puede extenderse a discreción exclusiva del comité de subvenciones. Si un solicitante requiere múltiples procedimientos o servicios, el comité de subvención puede requerir solicitudes distintas.

Si no puede proporcionar la información solicitada, explique por qué:

Al firmar a continuación, certifico que he leído y comprendido estos requisitos de documentación.

Nombre del paciente o padre / tutor

Firma del paciente o padre / tutor

Fecha

SOLICITUD DE SUBVENCIÓN

PACIENTE

Nombre:	Fecha de nacimiento:
Número de seguro social:	Teléfono:
Dirección, ciudad, estado, código postal:	
Email:	
Seguro médico: <input type="checkbox"/> ninguno	Subscriber #:
Seguro de visión: <input type="checkbox"/> ninguno	Subscriber #:

PADRE O TUTOR (si el paciente es menor de edad)

Nombre:	Fecha de nacimiento:
Número de seguro social:	Teléfono:
Email:	
Dirección, ciudad, estado, código postal:	
Relación con el paciente:	

PACIENTE O PADRE / TUTOR INFORMACIÓN DE EMPLEO

Empleado (Completo / Parcial / Estacional)
 Desempleado desde (mm/yy) _____

Por favor proporcione información sobre su empleador actual o su empleador más reciente si está desempleado:

Nombre del empleador:	Teléfono del empleador:	
Dirección del empleador:		
Empleado desde (mm/yy):	Pago:	Horas por semana:

Si está desempleado, marque todos los que se aplican a continuación:

Buscando trabajo activamente
 Estudiante (Completo / Parcial)
 Retirado
 Cuidador familiar
 Temporalmente desempleado (razón: _____)

**PACIENTE O PADRE / TUTOR
ASISTENCIA PÚBLICA Y SEGURO SOCIAL**

Marque todos los programas de asistencia pública y de seguro social que recibe actualmente:

- SSI Discapacidad MediCal CalFresh SNAP WIC CalWORKS
 Permiso Familiar Pagado (PFL) Desempleo Compensación de Trabajadores Otro _____

**PACIENTE O PADRE / TUTOR
ESTADO CIVIL**

- Soltero Casado Divorciado Viudo

ESPOSO O SOCIO DOMESTICO

Nombre:	Fecha de nacimiento:
Número de seguro social:	Teléfono:
Dirección, ciudad, estado, código postal:	
Relación con el paciente:	

**ESPOSO O SOCIO DOMESTICO
INFORMACIÓN DE EMPLEO**

- Empleado (Completo / Parcial / Estacional) Desempleado desde (mm/yy) _____

Por favor proporcione información sobre el empleador actual o el empleador más reciente si está desempleado:

Nombre del empleador:	Teléfono del empleador:	
Dirección del empleador:		
Empleado desde (mm/yy):	Pago:	Horas por semana:

Si está desempleado, marque todos los que se aplican a continuación:

- Buscando trabajo activamente Estudiante (Completo / Parcial) Retirado Cuidador familiar
 Temporalmente desempleado (razón: _____)



HIGH-QUALITY EYE CARE for ALL
INGRESOS Y GASTOS DEL HOGAR

Enumere y sume los **ingresos y gastos mensuales** promedio de todas personas en su hogar en los últimos doce meses. Para montos pagados anualmente, ingrese el monto dividido por doce.

INGRESOS

GASTOS

Empleo		Hipoteca o alquiler	
Desempleo		Transporte	
Seguro Social y/o SSI		Servicios públicos	
Pensión y/o discapacidad del estado		Comida	
Todos otros ingresos		Todos otros gastos	
Ingresos mensuales total		Gastos mensuales total	

ACTIVOS DEL HOGAR

¿Tiene alguno de los siguientes activos? En caso afirmativo, por favor proporcione el saldo / valor actual.

Cuenta de cheques Sí No Saldo \$ _____

Cuenta de ahorros Sí No Saldo \$ _____

Acciones / inversiones Sí No Valor \$ _____

Propiedad (que no sea la residencia primaria) Sí No Valor \$ _____

INFORMACIÓN GENERAL DEL HOGAR

¿Cuál es su situación actual de vivienda?

Dueño de Hogar Arrendatario de Hogar Centro de enfermería

Vivienda Pública / Refugio Viviendo con familiares / amigos* Sin hogar

* Si vive con familiares o amigos, ¿son dueños o alquilan su hogar? Dueños Alquilan

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____ ¿Cuántos asisten a la escuela? _____ ¿Cuántos trabajan? _____



DECLARACIONES DE DIFICULTAD

Describa qué servicios y asistencia está buscando a través de la Subvención ACE.
(Adjunte páginas adicionales, si es necesario.)

¿Cómo afectarían estos servicios y asistencia a su vida? (Adjunte páginas adicionales, si es necesario.)

¿Qué información adicional le gustaría que consideremos? (Adjunte páginas adicionales, si es necesario.)

RECONOCIMIENTO

Al firmar a continuación, certifico que esta información es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Autorizo a ACE a verificar esta información, incluido un informe de crédito, ingresos y activos monetarios, y reconozco que completar este formulario no garantiza una subvención, un descuento o perdón de la deuda.

Nombre del paciente o padre / tutor

Firma del paciente o padre / tutor

Fecha

SOLO POR USO DE ACE

Approved: _____

Denied: _____

Reviewer Signature: _____ Review Date: _____



HIGH-QUALITY EYE CARE *for ALL*

Renuncia y Exención de Medios

Para ayudar a desarrollar nuestros programas y servicios, ACE Eyecare Inc. y Advanced Center for Eyecare a veces le gustaría fotografiar pacientes, diseminar información sobre pacientes o entrevistar pacientes con fines publicitarios y / o de promoción a través de televisión, películas, videos, cintas de audio, medios impresos o electrónicos. Se requiere consentimiento por escrito para la participación y aparición del paciente en dicha fotografía y / o programación audiovisual.

Al firmar a continuación, usted da su consentimiento a ACE Eyecare, Inc., Advanced Center for Eyecare y a su personal, agentes y todos sus socios, afiliados y cesionario, para usar el nombre, edad, comentarios, fotografías y semejanzas de usted y / o del paciente para promover el trabajo y la misión de las organizaciones antes mencionadas a través de televisión, películas, videos, cintas de audio, impresos y / o medios electrónicos. Usted renuncia a cualquier derecho de controlar la aprobación, el uso o la reutilización de dichas fotografías o programación audiovisual. En nombre de usted y / o del paciente, también renuncia a cualquier derecho a pagos, regalías u otra compensación, que pueda surgir de la participación en las fotografías y / o programación audiovisual bajo las leyes de los Estados Unidos o cualquier estado, o bajo las leyes de cualquier otra nación o jurisdicción. Si el paciente es menor de 18 años, también certifica que es el tutor legal del paciente con el derecho de otorgar este consentimiento. Usted comprende que usted y / o el paciente a continuación pueden ser fotografiados o grabados en video, pueden ser llamados por los periodistas para responder preguntas sobre su participación con las organizaciones mencionadas anteriormente y también da su permiso para ser contactado para hacer comentarios.

Nombre del Paciente: _____ **Firma del Paciente:** _____

Nombre del Tutor: _____ **Firma del Tutor:** _____
(Si el paciente es menor de 18 años)

Por favor bríndenos la información a continuación:

Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Email:	
Uso por la administración:		
Date:	Media/Picture Taken By:	
Location:	Sign-Off By:	
Media to be used for:		