

Solicitud para participar del programa de asistencia financiera

Le agradecemos su interés en el Programa de asistencia financiera de Ambry Genetics Corporation (en adelante, el "Programa"). Sírvase completar la siguiente información y devolver este formulario al domicilio que se indica a continuación junto con su/s factura/s detallada/s. Procesaremos su solicitud y le notificaremos si reúne las condiciones para participar del Programa. El procesamiento llevará 3 semanas, con lo cual le solicitamos que no abone ninguna factura que reciba hasta que sea notificado por nuestro departamento de facturación.

Nota: La presentación de una solicitud incompleta prolongará el tiempo de procesamiento.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____ FECHA

DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: _____

DOMICILIO: _____ CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: _____

FACTURAS NÚMERO*:

PRUEBA/S SOLICITADA/S:

*Si los conoce

1. ¿El paciente cuenta con cobertura de seguro médico? Sí No

2. Si su respuesta es afirmativa, detalle la información de la parte responsable: (Incluya una copia de la credencial del seguro).

Nombre de la aseguradora:

Domicilio de la aseguradora:

Número de teléfono de la aseguradora:

Nombre del tomador del seguro:

ID#:

3. Total ingresos familiares brutos anuales*: \$ _____

* El total de ingresos familiares incluye los siguientes conceptos para todos los miembros de su grupo familiar: sueldo bruto, seguro de desempleo, indemnización por incapacidad y accidentes de trabajo, seguro social y/o beneficios del programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), asistencia pública (TANF, SNAP, etc.), otros ingresos

4. Cantidad de familiares en el hogar a quienes se mantiene con los ingresos mencionados: _____

5. (Opcional) Sírvase informar cualquier circunstancia atenuante que quisiera que consideremos. Si necesita más espacio, escriba en el reverso de este formulario o utilice otra hoja.

Solicitud para participar del programa de asistencia financiera

POR EL PRESENTE CONFIRMO QUE LA INFORMACIÓN ANTES INDICADA ES VERDADERA Y CORRECTA. AUTORIZO A AMBRY GENETICS A VERIFICAR LA INFORMACIÓN ANTES INDICADA CON EL PROPÓSITO EXCLUSIVO DE EVALUAR LA NECESIDAD ECONÓMICA, INCLUIDO EL DERECHO DE SOLICITAR DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA PARA ESTA SOLICITUD. ENTIENDO QUE SI NO REÚNO LAS CONDICIONES PARA PARTICIPAR DEL PROGRAMA, SE ME NOTIFICARÁ DICHA CIRCUNSTANCIA Y AMBRY GENETICS ME FACTURARÁ. POR EL PRESENTE DECLARO QUE NO TENGO RELACIÓN ALGUNA CON EL MÉDICO QUE SOLICITÓ LA PRUEBA Y QUE NO SOY SU EMPLEADO. ENTIENDO Y ACUERDO QUE AMBRY GENETICS CORPORATION SE RESERVA EL DERECHO, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN NECESIDAD DE NOTIFICACIÓN, DE MODIFICAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD, DE MODIFICAR O CANCELAR ESTE PROGRAMA, Y DE AUDITAR LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO EN ESTA SOLICITUD. ASIMISMO CERTIFICO Y ACUERDO QUE NO SOLICITARÉ REEMBOLSO O CRÉDITO ALGUNO PARA ESTA PRUEBA DE NINGUNA ASEGURADORA, ORGANIZACIÓN DE SALUD, PROGRAMA DEL GOBIERNO U OTRA FUENTE DE ASISTENCIA FINANCIERA.

FIRMA DEL PACIENTE/PARTE RESPONSABLE _____

FECHA _____

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA _____

SOLO PARA USO INTERNO:

Teléfono de atención al cliente Nombre del representante:

Fecha:

FACTURA NÚMERO	FECHA DE SERVICIO	IMPORTE A PAGAR	% APROBADO	IMPORTE AJUSTADO	MOTIVO DE NEGATIVA	FECHA DE CONTACTO DEL PACIENTE

Nombre de la persona encargada del procesamiento:

Fecha de recepción:

Fecha de procesamiento:

Ver <http://aspe.hhs.gov/poverty/15poverty.cfm#thresholds>