



Postulación al Programa de Asistencia Económica

Complete todos los campos a continuación. Procesaremos su solicitud y le notificaremos su elegibilidad. Si su solicitud está incompleta, el procesamiento se retrasará.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo asignado al nacer
			Femenino Masculino
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico	Número de teléfono celular		

INFORMACIÓN DE LA PRUEBA	
Nombre del proveedor de atención médica que realiza la solicitud	Nombre de la institución o consultorio
Prueba solicitada	
Riesgo de desarrollar cáncer Exoma o neurología Corazón/cardiología Otra: _____	

SEGURO E INGRESOS		
¿Tiene seguro médico?	Sí No	
Ingresos anuales del hogar antes de impuestos:	Número de personas que dependen de esos ingresos, incluidos los padres:	
Circunstancias atenuantes:		
Gastos de pensión alimenticia o manutención infantil >\$1,000 al mes Viajes fuera de la localidad para recibir tratamiento (p. ej., hotel, boletos de avión) >\$1,000 Apoyo a familiares externos al hogar Reúno los requisitos para recibir atención caritativa de mi médico	Actualmente, estoy inscrito en un programa de discapacidad a corto o largo plazo con mi empleador Deuda de tarjeta de crédito >\$5,000 Gastos médicos >\$5,000 Pérdida permanente de ingresos debido al diagnóstico o tratamiento	Ninguna Otra: _____
A continuación, comparta cualquier información adicional que desee que el equipo de asistencia de facturación tenga en cuenta:		

* En los ingresos totales del hogar, se incluye la siguiente información de todos los miembros de su hogar: Sueldo bruto, Seguro de Desempleo, Indemnización por Discapacidad y Accidente Laboral, Beneficios del Seguro Social o Suplementarios (SSI, por sus siglas en inglés), ayudas públicas (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas [TANF, por sus siglas en inglés], Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria [SNAP, por sus siglas en inglés], etc.) y otros ingresos.

CONSENTIMIENTO PARA LA SOLICITUD	
Paciente	
Mediante el presente documento, reconozco que la información anterior es verídica y correcta. Autorizo a Ambry Genetics (Ambry) a verificar la información anterior con el único propósito de evaluar la necesidad económica, incluido el derecho a buscar documentación de respaldo para la solicitud anterior. Entiendo que si no cumplo con los requisitos, me lo comunicarán y Ambry me facturará. Mediante el presente documento, reconozco que no estoy relacionado con el médico que solicitó las pruebas ni soy empleado de este. Entiendo y acepto que Ambry se reserva el derecho, en cualquier momento y sin previo aviso, de modificar el formulario de solicitud, modificar o finalizar este programa y auditar la información que proporcioné en esta solicitud. Además, certifico y acepto que no solicitaré reembolso o crédito por estas pruebas a ninguna aseguradora, organización para el mantenimiento de la salud, programa gubernamental ni otra fuente de asistencia económica.	
Representante del paciente	
Como representante personal del paciente, mi firma certifica que (1) tengo derecho a actuar en nombre del paciente, (2) en caso de haber sido posible, le expliqué al paciente la naturaleza y el propósito de esta solicitud, (3) la información proporcionada anteriormente es, a mi leal saber y entender, veraz y completa, y (4) doy mi consentimiento para que Ambry utilice la información a fin de evaluar o verificar la elegibilidad para recibir asistencia.	
Nombre completo en letra de imprenta	Teléfono
Relación con el paciente	Correo electrónico
Firma	Fecha de hoy