

PROGRAMA Y SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Baylor Genetics entiende que las pruebas genéticas pueden causar desafíos financieros, por lo que ofrecemos a los pacientes un Programa de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) para ayudarle a satisfacer su necesidad de someterse a pruebas genéticas. Para ayudarnos a determinar si reúne los requisitos para nuestro FAP, rellene la información que aparece a continuación y envíe este formulario a: Billing@baylorgenetics.com. Esta solicitud también puede enviarse a través de un formulario web seguro en <https://www.baylorgenetics.com/assistance-form/>.

POR FAVOR TENGA EN CUENTA: El FAP de Baylor Genetics puede estar disponible para pacientes que optan por no utilizar sus beneficios dentro o fuera de la red y eligen pagar el precio de pago por cuenta propia, pacientes sin seguro que no pueden sufragar el gasto del pago por cuenta propia, o pacientes fuera de la red en los que el seguro pagó su parte, pero el paciente se queda con un gran saldo de desembolso. Para hablar de otras opciones de pago, póngase en contacto con Baylor Genetics llamando al 1-800-411-4363.

REQUISITOS DEL PROGRAMA

Para determinar si reúne los requisitos del FAP de Baylor Genetics, rellene la siguiente información y envíela:

- Sus ingresos brutos anuales totales de la unidad familiar (antes de impuestos). Esto incluye el salario bruto (por ejemplo, su sueldo), la indemnización por desempleo, la indemnización por discapacidad y la indemnización por accidente laboral, beneficios del Seguro Social y/o los suplementarios (SSI), la Asistencia Pública (TANF, SNAP, etc.), la pensión/jubilación, los dividendos/intereses, los alquileres/regalías, la pensión alimenticia, la manutención de los hijos y/u otros activos.
- El tamaño de su unidad familiar (por ejemplo, el número de miembros de su unidad familiar). Se trata de las personas que puede reclamar legalmente en sus declaraciones de la renta (por ejemplo, las personas a su cargo).
- Documentos que confirmen sus ingresos familiares y el tamaño de su unidad familiar que incluyan su nombre, fecha de nacimiento e información sobre sus ingresos brutos. Por favor, elimine toda la información personal sensible, como los números del Seguro Social.
 - Copias de dos de los siguientes justificantes, como por ejemplo (1) su declaración de la renta federal más reciente; (2) su declaración de retenciones W-2; (3) sus dos nóminas más recientes y consecutivas (2 nóminas cuentan como un solo tipo de documentación).
 - Otras situaciones financieras extremas: Además de los documentos arriba obligatorios (3a), puede proporcionar otra documentación que demuestre otras dificultades financieras que desee que Baylor Genetics tenga en cuenta, como por ejemplo (1) declaraciones de quiebra; (2) resumen de facturas médicas excesivas que posea; (3) fallecimiento reciente o discapacidad del sustentador principal de la unidad familiar.

INFORMACIÓN AL PACIENTE

_____	_____	_____	____/____/____
Apellido del paciente	Nombre del paciente	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
_____	_____	_____	_____
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
_____	_____	_____	_____
Correo electrónico	Compañía de seguros primaria	Ingresos brutos anuales totales de la unidad familiar	Personas en la unidad ordenado
			Test Code Ordered

LO QUE PODRÍA DEBER SEGÚN SUS INGRESOS FAMILIARES

Tamaño de la unidad familiar*	\$0	\$150	\$250
1	\$30,120	\$60,420	\$90,360
2	\$40,880	\$81,760	\$122,640
3	\$51,640	\$103,280	\$154,920
4	\$62,400	\$124,800	\$187,200
5	\$73,160	\$146,320	\$219,480
6	\$83,920	\$167,840	\$251,760
7	\$94,680	\$189,360	\$284,040
8+	\$105,440	\$210,880	\$316,320

* No se le pedirá que pague más de lo que su seguro le asigne como responsabilidad.

PROGRAMA Y SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

ATESTACIÓN

Por la presente certifico que la información proporcionada, y la documentación presentada es verdadera y exacta. Baylor Genetics se reserva el derecho en cualquier momento y sin previo aviso de modificar el formulario de solicitud, de modificar o terminar este FAP y de verificar la información que proporciono en esta solicitud. Además, certifico y acepto que no solicitaré reembolso o crédito por esta prueba a ninguna aseguradora, organización de mantenimiento de la salud, programa gubernamental u otra fuente de asistencia financiera. Entiendo que si no cumpla los requisitos, se me notificará. Reconozco que no estoy relacionado ni soy empleado del proveedor de atención médica que solicita la(s) prueba(s) genética(s) a Baylor Genetics. Baylor Genetics puede obligar al paciente a pagar el precio completo si determina posteriormente que se proporcionó información inexacta.

Nombre del paciente o del representante legal

Firma del paciente o del representante legal

____ / ____ / ____
Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)

EJEMPLOS DE DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA

- Copia del formulario de impuestos IRS 1040 más reciente
- Beneficios por discapacidad o supervivencia del Seguro Social
- Situaciones catastróficas (fallecimiento o discapacidad)
- Ingresos del trabajo: 2 últimos recibos de sueldo
- Declaración de manutención de menores
- Otra documentación que demuestre la incapacidad de pago
- Información sobre el pago del desempleo
- Prueba de liquidación por quiebra

SOLO PARA USO DE LA OFICINA | OFFICE USE ONLY

APPROVED DENIED

Full Name

____ / ____ / ____
Date (MM / DD / YYYY)