BAYLOR GENETICS
2450 HOLCOMBE BLVD.
SUITE 2210
HOUSTON, TX 77021-2024

TELÉFONO
1.800.411.4363
FAX
1.800.434.9850

CONECTAR

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA Y SOLICITUD

Baylor Genetics reconoce que las pruebas genéticas pueden representar un reto económico. Para apoyar a los pacientes, Baylor Genetics ofrece un Programa de Asistencia Financiera (PAF) que ayuda a cubrir las necesidades de pruebas genéticas.

Para determinar la elegibilidad, el paciente o su representante legal debe llenar la información que se solicita a continuación y enviar el formulario a billing@baylorgenetics.com. La solicitud también puede enviarse mediante un formulario web seguro en: www.baylorgenetics.com/formulario-de-asistencia-financiera/.

PROCESO Y REQUISITOS DEL PROGRAMA

1. Se puede solicitar el PAF en cualquier momento del proceso (por ejemplo, antes de que se ordene la prueba, mientras se realiza o al final del proceso de cobro, una vez que se haya emitido un estado de cuenta).
2. Debes ser residente de Estados Unidos para calificar para recibir asistencia financiera.
3. La asistencia financiera aplica para pruebas que se facturan a través del seguro médico o para pacientes sin seguro.
   a. Para los pacientes que cuentan con seguro médico, primero se le cobrará a la aseguradora. El monto de asistencia financiera que le corresponda al paciente se aplicará a cualquier saldo pendiente que quede después de facturar al seguro. No se ofrece asistencia financiera a los pacientes que tienen seguro médico pero deciden pagar las pruebas por su cuenta.
4. Para determinar si calificas para el PAF de Baylor Genetics, llena el formulario y envía la información requerida:
   a. El ingreso bruto anual total del hogar del paciente o solicitante (antes de impuestos).
      › Esto incluye el sueldo bruto (por ejemplo, salarios), compensación por desempleo, compensación por discapacidad y por accidentes de trabajo, beneficios del seguro social y/o del Seguro de Ingreso Suplementario (SSI), asistencia pública (por ejemplo, TANF, SNAP, etc.), pensión/jubilación, dividendos/intereses, rentas/regalías, pensión alimenticia, manutención de menores y/u otros bienes.
   b. Tamaño del hogar (por ejemplo, número de personas que integran el hogar).
      › Esto se refiere a las personas del hogar que dependen del ingreso bruto anual del hogar, incluido el paciente.
5. Un integrante del equipo de Facturación de Baylor Genetics se pondrá en contacto con el paciente o solicitante para hablar sobre las opciones de pago, si el costo de bolsillo es mayor a $250.
6. Si el paciente o solicitante califica, la aprobación financiera tendrá una vigencia de un año calendario. Cualquier prueba que se realice dentro de ese año quedará cubierta por la asistencia financiera.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido del Paciente _____ Nombre del Paciente _____ I.S.N. _____ Fecha de Nacimiento (MM / DD / AAAA) ____ / ____ / _____

Nombre del Solicitante (si es distinto al del Paciente) _____ Apellido del Solicitante (si es distinto al del Paciente) _____ Relación con el Paciente _____ Correo _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Eres paciente de pago particular? ◯ Sí ◯ No

¿Cuentas con seguro médico? ◯ Sí ◯ No

En caso afirmativo, ¿tu seguro es a través de un programa estatal de Medicaid? ◯ Sí ◯ No

Ingreso bruto anual total del hogar _____ Número de personas en el hogar _____

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Por favor marca las circunstancias especiales que quieras que tomemos en cuenta:

- ☐ Gastos médicos considerables, incluidos los gastos de viaje fuera de la localidad para recibir tratamiento (por ejemplo, hotel, boletos de avión, etc.) >$1,000.
- ☐ Gastos de pensión alimenticia y/o manutención de menores >$1,000 al mes.
- ☐ Apoyo económico a familiares que no viven en mi hogar.
- ☐ Actualmente estoy inscrito(a) en un plan de incapacidad a corto o largo plazo con mi empleador.
- ☐ Pérdida temporal o permanente de ingresos debido al diagnóstico o tratamiento.
- ☐ Otro (escríbelo aquí o inclúyelo al enviar el formulario):

BAYLOR GENETICS
2450 HOLCOMBE BLVD.
SUITE 2210
HOUSTON, TX 77021-2024

TELÉFONO
1.800.411.4363
FAX
1.800.434.9850

CONECTAR

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA Y SOLICITUD

Esta tabla se basa en los lineamientos federales de pobreza de 2026 y se actualizará conforme cambien cada año los lineamientos federales.

Lo que podrías deber según el ingreso de tu hogar.

Tamaño del Hogar	Podrías deber $0 si tu ingreso es igual o menor a	Podrías deber $150 si tu ingreso es igual o menor a	Podrías deber $250 si tu ingreso es igual o menor a
1	$31,920	$63,840	$95,760
2	$43,280	$86,560	$129,840
3	$54,640	$109,280	$163,920
4	$66,000	$132,000	$198,000
5	$77,360	$154,720	$232,080
6	$88,720	$177,440	$266,160
7	$100,080	$200,160	$300,240
8+	$111,440	$222,880	$334,320

DECLARACIÓN

Entiendo y reconozco que:

1. Baylor Genetics determina la elegibilidad para recibir asistencia financiera de manera independiente al profesional de la salud que ordena la prueba.
2. Baylor Genetics puede solicitar información o documentación adicional para verificar la información proporcionada en esta solicitud.
3. Entiendo que la aprobación no está garantizada y que Baylor Genetics me notificará la decisión.
4. Asimismo, certifico y acepto que no solicitaré reembolso ni crédito por esta prueba a ninguna aseguradora ni a ninguna otra fuente de asistencia financiera.
5. Al firmar a continuación, reconozco que la información proporcionada es verdadera y completa.

Certificación del Representante del Paciente: Si firmo esta solicitud en nombre del paciente, confirmo que revisé con él o ella el propósito de este formulario y que el paciente me dio su autorización para llenarlo en su nombre. También confirmo que los datos incluidos en esta solicitud fueron proporcionados por el paciente y que, hasta donde el paciente tiene conocimiento, son verdaderos y completos. Firmar este formulario no me hace responsable económico de las pruebas ni de los servicios relacionados. Si soy el médico que ordena la prueba, mi firma también confirma que el paciente no pudo firmar esta solicitud en el momento en que se llenó y que ningún representante autorizado estaba disponible o dispuesto a firmar por el paciente.

Este formulario está disponible en línea en www.baylorgenetics.com/asistencia/. También hay una versión en español del formulario disponible en línea.

Nombre del paciente o del representante autorizado del paciente	Relación con el paciente (Nota: Campo opcional)	Firma del paciente o del representante del paciente	Fecha de firma (MM / DD / AAAA)
			____ / ____ / ____

PARA USO EXCLUSIVO INTERNO (BAYLOR GENETICS)

◯ APROBADO
◯ DENEGADO

Nombre de quien aprueba	Cantidad Aprobada	Fecha (MM / DD / AAAA)
		____ / ____ / ____

BAYLOR GENETICS
2450 HOLCOMBE BLVD.
SUITE 2210
HOUSTON, TX 77021-2024

TELÉFONO
1.800.411.4363
FAX
1.800.434.9850

CONECTAR

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA Y SOLICITUD

Disponibilidad de Asistencia Lingüística

Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-411-4363 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
Chínese (Simplified)	中文 注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-411-4363 (文本电话：711) 或咨询您的服务提供商。
Chinese (Traditional)	中文 注意：如果您說[中文]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-411-4363 (TTY：711) 或與您的提供者討論
Tagalong	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-411-4363 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-411-4364 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.
Arabic	العربية تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-411-4364 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.
French	ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-411-4364 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Korean	한국어 주의: (한국어)를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-411-4364 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Russian	РУССКИЙ ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-411-4364 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Portuguese (Brazilian)	Modelo de aviso de disponibilidade de serviços de assistência linguística e auxílios e serviços auxiliares (§ 92.11) ATENÇÃO: Se você fala [inserir idioma], serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-411-4364 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.
Haitian	Kreyòl Ayisyen ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-800-411-4364 (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.
Hindi	हिंदी ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-411-4364 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-411-4364 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-411-4364 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
Italian	ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-800-411-4364 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.
Urdu	اردو توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 1-800-411-4364 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔"