

# Solicitud de asistencia financiera para el paciente

Hay ayuda financiera disponible para los pacientes cuyas pruebas se solicitaron en los EE. UU. y los territorios de los EE. UU.

Envíe por fax a: +1 617.830.0279 Correo electrónico: [client.services@foundationmedicine.com](mailto:client.services@foundationmedicine.com)

\*Información necesaria Para obtener más información o para presentar su solicitud en línea, visite: [aid.foundationmedicine.com](http://aid.foundationmedicine.com)

Información del paciente	Información del médico solicitante y del centro
*Apellido _____	*Nombre de la oficina/el consultorio/el centro _____
*Nombre _____ IM _____	*Médico solicitante _____
*Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) *Sexo _____ <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Prefiere no divulgar	Teléfono _____
*Domicilio _____ N.º de apt. *Ciudad _____	Fax _____
*Estado *Código postal _____ *País _____	Correo electrónico _____
*Teléfono _____ <input type="checkbox"/> Autorizo a Foundation Medicine a dejar un mensaje de voz detallado en este número de teléfono	Dirección del centro _____
Correo electrónico _____	

## Circunstancias atenuantes

Informe sobre cualquier circunstancia atenuante que desee que tengamos en cuenta:

- Gastos médicos significativos, incluidos gastos de viaje no locales para el tratamiento (p. ej., hotel, boletos de avión, etc.), que superen el 10 % de los ingresos brutos totales anuales del hogar.
- Deuda significativa de tarjeta de crédito o gastos importantes imprevistos (p. ej., reparación de casa o vehículo) que supere el 10 % de los ingresos brutos totales anuales del hogar.
- Apoyo financiero de familiares fuera del hogar (p. ej., manutención, pensión alimenticia) que supere el 10 % de los ingresos brutos totales anuales del hogar.
- Pérdida o reducción de ingresos temporal debido al diagnóstico o tratamiento.
- Pérdida o reducción de ingresos permanente debido al diagnóstico o tratamiento.
- Recepción de cuidados de caridad del centro solicitante (adjunte la documentación en el membrete del centro con los detalles).
- Otro (escriba a continuación o adjunte detalles adicionales)

## \*Ingresos brutos totales anuales del hogar y tamaño de la familia

Indique los ingresos brutos anuales actuales del hogar (no se aceptan rangos estimados).

\_\_\_\_\_

Incluya el número de miembros de la familia en el hogar que se mantienen con los ingresos brutos anuales del hogar mencionados anteriormente (incluido el paciente). Este número debe incluirse para procesar el formulario.

## \*¿Con quién debemos ponernos en contacto con la decisión de aprobación?

Asegúrese de que la información de contacto del paciente y el centro se introduzca en la parte superior del formulario.

Marque todas las opciones que correspondan: Método de contacto preferido: (seleccione uno)

<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Correo
<input type="checkbox"/> Consultorio	<input type="checkbox"/> Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Fax	

## \*Reconocimiento

Doy fe de que no tengo suficientes recursos o activos para poder pagar las pruebas de Foundation Medicine y para cumplir mis obligaciones y responsabilidades financieras existentes. Entiendo que Foundation Medicine puede ponerse en contacto conmigo para verificar la información que he proporcionado en esta solicitud de asistencia financiera. Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información que doy es falsa, el resultado será una denegación de asistencia financiera y seré responsable de pagar por los servicios prestados.

\*Nombre del paciente O del representante\* (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_

\*Relación con el paciente

\_\_\_\_\_

\*Firma

\_\_\_\_\_

\*Fecha

\_\_\_\_\_

\*Como representante del paciente o médico solicitante que completa esta solicitud en nombre del paciente, mi firma certifica que le he explicado al paciente la naturaleza y el propósito de esta solicitud, el paciente ha otorgado su consentimiento para que complete la solicitud en su nombre y el paciente ha proporcionado la información utilizada para completar esta solicitud y da fe de su exactitud, tal como se describe en el reconocimiento anterior. Mi firma no es una aceptación de responsabilidad financiera por los servicios prestados. Si soy un médico solicitante, mi firma también indica que, al momento de la solicitud, el paciente mencionado anteriormente no pudo firmar este formulario y ningún representante autorizado estaba disponible o dispuesto a firmar en nombre del paciente.

## Devolver el formulario firmado a la atención de: Client Services

Fax: 617.830.0279 Correo: 150 Second Street Cambridge, MA 02141 Correo electrónico: [client.services@foundationmedicine.com](mailto:client.services@foundationmedicine.com)

En el caso de los pacientes con seguro médico, primero se facturará al proveedor del seguro. Su cantidad cualificada de asistencia financiera se aplicará a cualquier saldo no pagado restante después de facturar al seguro.

