

## Postulación al Programa de Asistencia al Paciente

Gracias por su interés en el Programa de Ayuda Económica de Ambry Genetics Corporation. Complete la información a continuación y presente la solicitud completa junto con las declaraciones indicadas. Procesaremos su solicitud y le notificaremos su elegibilidad. El proceso puede tardar hasta 3 semanas.

Nota: Si su solicitud está incompleta, el procesamiento se retrasará.

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

NÚMEROS DE ACCESO O DE DECLARACIÓN, SI DISPONE DE ESTA INFORMACIÓN:

PRUEBAS SOLICITADAS:

1. ¿Tiene cobertura de un seguro médico?    Sí        No

2. En caso afirmativo, indique los datos de la parte responsable e incluya una copia de su tarjeta de seguro.

Nombre de la Entidad Aseguradora: \_\_\_\_\_

Dirección de la Entidad Aseguradora: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la Entidad Aseguradora: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ N.º de ID: \_\_\_\_\_

3. Ingreso bruto anual total del hogar: \$ \_\_\_\_\_

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

4. Número de miembros de la familia en el hogar que viven con los ingresos antes mencionados:

Si prefiere completar este formulario en línea,  
escanee el siguiente código QR o visite [ambrygen.com/PAP](https://ambrygen.com/PAP).



## Postulación al Programa de Asistencia al Paciente

Mediante el presente documento, reconozco que la información anterior es verídica y correcta. Autorizo a Ambry Genetics 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 Genetics 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 Genetics Corporation 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.

FIRMA DEL PACIENTE/DE LA PARTE RESPONSABLE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA \_\_\_\_\_

### Formas de envío



**Correo electrónico:**

billing@ambrygen.com

Asunto: Postulación a Asistencia al Paciente



**Fax:**

949-900-5501



**Correo postal:**

1 Enterprise

Aliso Viejo, CA 92656

Destinatario: Facturación

SOLO PARA USO INTERNO:

Teléfono de Atención al Cliente y nombre del representante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE FACTURA	FECHA DEL SERVICIO	MONTO ADEUDADO	% DE APROBACIÓN	MONTO AJUSTADO	MOTIVO DE LA DENEGACIÓN	FECHA DE CONTACTO CON EL PACIENTE

Nombre del responsable del procesamiento: \_\_\_\_\_

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

Fecha del procesamiento: \_\_\_\_\_

Consulte <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>