

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA



GeneDx, Inc. se complace en ayudarle con sus necesidades de las pruebas genéticas. Comprendemos que las pruebas genéticas pueden ser costosas, por lo que ofrecemos un Programa de Asistencia Financiera (Financial Assistance Program, FAP). Para ayudarnos a saber si usted reúne los requisitos para participar en este programa, complete la solicitud a continuación.

Para evitar retrasos, asegúrese de completar todos los campos.

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: La asistencia financiera es solo para las pruebas que se facturan a través del seguro médico. Si tiene cobertura de cualquier seguro médico gubernamental, como Medicare, Medicaid, Managed Medicaid, Medicare Advantage, Tricare, Railroad, CHAMPUS y/o Federal BCBS o si no va a utilizar seguro médico comercial, **no utilice este formulario**. Para aprender sobre otras opciones de pago o para averiguar si su plan de salud comercial permite la asistencia financiera, comuníquese con nosotros al 1-844-241-1233 o a billing@genedx.com.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (RESIDENTES DE EE. UU. ÚNICAMENTE)			
Apellido(s)	Nombre(s)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Dirección de correo electrónico		Número de teléfono principal	
Dirección		Ciudad	Estado
Número de la accesión o número de cuenta de la factura de GeneDx (si se conoce)		Numero de miembros de la familia en el hogar	Ingresos familiares (antes de impuestos)

Para determinar si usted reúne los requisitos para el Programa de Asistencia Financiera (FAP) de GeneDx, necesitamos saber el número de miembros de la familia que viven en su hogar y los ingresos familiares antes de impuestos. El total de los ingresos familiares total incluye lo siguiente para TODOS los integrantes de su hogar: salario bruto (su sueldo), compensación por desempleo, compensación del trabajador y por discapacidad, seguro social y/o beneficios complementarios (SSI), programas de asistencia pública (TANF, SNAP, etc.), pensión/jubilación, dividendos/intereses, rentas/regalías, compensación por desempleo, pensión alimenticia y/u otros activos.

Su compañía de seguro médico solamente determinará cuál será su responsabilidad financiera (la cantidad que usted deberá) para las pruebas de GeneDx. Esta suma se detallará en la carta de Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) que le envíe a usted su compañía de seguro médico (la carta EOB no es una factura). GeneDx le facturará en función de su responsabilidad financiera como está descrito en la Explicación de Beneficios (EOB). Si es aprobado para el FAP, en la factura final de GeneDx le descontaremos el porcentaje que se enumera en la tabla a continuación para la que usted es elegible. La tabla se basa en las guías federales de pobreza del 2021 y se actualizará según se modifiquen las guías federales de forma anual.

NÚM. DE LOS MIEMBROS FAMILIARES EN EL HOGAR	DESCUENTO BASADO EN LOS INGRESOS FAMILIARES			
	97%	95%	90%	85%
1	\$12,880	\$25,760	\$38,640	\$51,520
2	\$17,420	\$34,840	\$52,260	\$69,680
3	\$21,960	\$43,920	\$65,880	\$87,840
4	\$26,500	\$53,000	\$79,500	\$106,000
5	\$31,040	\$62,080	\$93,120	\$124,160
6	\$35,580	\$71,160	\$106,740	\$142,320
7	\$40,120	\$80,240	\$120,360	\$160,480
8	\$44,660	\$89,320	\$133,980	\$178,640

Necesitamos algunos documentos adicionales para confirmar sus ingresos familiares. Estamos obligados por las leyes aplicables a recopilar esta información.

Junto con este formulario completo, envíe copias de dos de los tres tipos de documentación justificativa:

- Tipo 1: Última declaración federal de impuestos (1040 o 1040EZ)
- Tipo 2: Declaración de retenciones W-2
- Tipo 3: Sus dos últimos talones de pago consecutivos (2 talones de pago cuentan como un tipo de documentación)

Otras situaciones financieras extremas: Proporcionar documentación de cualquier otra dificultad financiera que le gustaría que GeneDx tuviera en cuenta, como por ejemplo:

- Copia de su estado de bancarota
- Resumen de facturas médicas excesivas
- Fallecimiento o discapacidad recientes de un integrante asalariado de su hogar

IMPORTANTE: Toda la información que nos envíe se maneja de forma segura, pero solo se necesitan su nombre(s), apellido(s), fecha de nacimiento e información sobre ingresos brutos en los documentos que nos presente.

Tache toda la demás información personal delicada, como número del seguro social e ingresos netos.

Envíenos este formulario completo y sus documentos justificativos (con la información delicada innecesaria tachada) a través de una de las siguientes maneras seguras:

1. Por fax a: 201-421-2020
2. Por correo postal a: GeneDx Inc.
P.O. Box 21997
New York, NY 10087-1997

COMO RECORDATORIO: Al solicitar ingresar en nuestro Programa de Asistencia Financiera, GeneDx le facturará a su seguro.

Por el presente certifico que la información proporcionada anteriormente y la documentación que le presento a GeneDx son ciertas y precisas. GeneDx se reserva el derecho de modificar el formulario de solicitud y modificar o terminar este programa, auditar mi información o solicitar documentación adicional de ingresos y necesidad financiera, en cualquier momento y sin notificación previa. Además, certifico que no dispongo de cobertura mediante ningún plan de seguro gubernamental, como Medicare, Medicaid, Managed Medicaid, Medicare Advantage, Tricare, Railroad, CHAMPUS y/o Federal BCBS.

Firma del paciente/de la parte responsable	Fecha (MM/DD/AAAA)
--	--------------------

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA



PASO 1: COMPLETE EL FORMULARIO DE SOLICITUD Y PREPARE LA DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA.

Seleccione dos de los tres tipos de documentación justificativa de la página anterior y tache su información personal sensible (por ejemplo, el número del seguro social).

GeneDx solo debe poder ver su nombre(s), apellido(s), fecha de nacimiento e ingresos brutos. Estos son algunos ejemplos de cómo tachar la información delicada de sus documentos:

Sample Company 123 Main St. Gaithersburg, MD 12345			EARNINGS STATEMENT			
EMPLOYEE NAME	SSN	EMPLOYEE ID	CHECK NO.	PAY PERIOD	PAY DATE	
John Doe	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MM/DD/YY - MM/DD/YY	MM/DD/YY	
INCOME	RATE	HOURS	CURRENT TOTAL	DEDUCTIONS	CURRENT TOAL	YEAR-TO-DATE
GROSS WAGES	[REDACTED]	[REDACTED]	970.00	FICA MED TAX FICA SS TAX FED TAX	[REDACTED]	[REDACTED]
YTD GROSS	YTD DEDUCTIONS	YTD NET PAY	CURRENT TOTAL	CURRENT DEDUCTIONS	NET PAY	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	

2222	# Employee's social security number	OMB No. 1545-0008
b Employer identification number (EIN)	[REDACTED]	1 Wages, tips, other compensation
c Employer's name, address, and ZIP code	[REDACTED]	2 Federal income tax withheld
d Control number	[REDACTED]	3 Social security wages
e Employee's first name and initial	John Doe	4 Social security tax withheld
f Employee's address and ZIP code	[REDACTED]	5 Medicare wages and tips
g State	CA	6 Medicare tax withheld
h State wages, tips, etc.	\$50,000	7 Social security tips
i State income tax	[REDACTED]	8 Allocated tips
j Local wages, tips, etc.	[REDACTED]	9 Verification code
k Local income tax	[REDACTED]	10 Dependent care benefits
l Locality name	MU	11 Nonqualified plans
W-2 Wage and Tax Statement 20XX Form Copy 1 - For State, City, or Local Tax Department		12a <input type="checkbox"/> D 12b <input type="checkbox"/> DD 12c <input type="checkbox"/> P 12d <input type="checkbox"/> P



PASO 2: ENVIE EL FORMULARIO COMPLETO Y LA DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA

Envíe sus documentos a través de una de las siguientes maneras seguras:

1. Por fax a: 201-421-2020
2. Por correo postal a:
GeneDx Inc.
P.O. Box 21997
New York, NY 10087-1997

Una vez que haya enviado el material para el FAP, comuníquese con nosotros para asegurarse de que hayamos recibido su solicitud y la documentación.
1-888-729-1206, opción 2 o billing@genedx.com



PASO 3: REVISIÓN DE FAP, EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (EOB) Y PAGO

Una vez que se haya revisado su solicitud para el Programa de Asistencia Financiera (FAP) y sus documentos, nos comunicaremos con usted para hacerle saber si ha sido aprobado.*

Si su prueba genética está completa, su compañía de seguro médico le enviará la carta de Explicación de Beneficios (EOB), que puede llegar antes de que GeneDx se haya comunicado con usted acerca del FAP. No es necesario que haga ningún pago hasta que GeneDx se lo haya notificado y le haya enviado una factura de GeneDx.

Si ha sido aprobado para el FAP, se aplicará el porcentaje del descuento a la responsabilidad financiera (la cantidad que usted debe al GeneDx) que figura en la EOB. Por ejemplo, si su porcentaje de descuento por el FAP es del 90% y su responsabilidad financiera en la EOB es de \$300, recibirá una factura de GeneDx por \$30.00.

*Si no es elegible o no se ha recibido toda la documentación requerida, recibirá una factura por el importe total. Siempre nos puede comunicar con preguntas.

		Explanation of Benefits (EOB) July 15, 20XX THIS IS NOT A BILL							
Subscriber Information First: John Last: Doe ID: Z12345678		Total of Claim(s) Your current claim(s) total: \$350.00 Your Insurance Company paid: \$50.00 MEMBER RESPONSIBILITY Amount you are responsible for: \$300.00 (includes: copays, deductibles, coinsurance, not covered or excluded services)							
Patient: John Doe ID: Z12345678									
Medical Services Detail	Your Provider Billed	Amount Allowed	Member Benefit	Your Plan Paid	Copayment	Deductible	Coinsurance	Other Liability	TOTAL
Claim #: 01-23456-78-90	\$350.00	\$100.00	Member Savings	\$50.00	\$0.00	\$0.00	\$100.00	\$0.00	\$100.00
Provider: ZEE O'HARE Date(s): 07/01/2019 Service: LABORATORY	\$350.00	\$100.00	\$50.00	\$0.00	\$0.00	\$100.00	\$0.00	\$0.00	\$300.00
Total for Claim # 01-23456-78-90	\$350.00	\$100.00	\$50.00	\$0.00	\$0.00	\$100.00	\$0.00	\$0.00	\$300.00