

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA



En línea con nuestra creencia de que las pruebas genéticas deben ser accesibles para todos, GeneDx, LLC, ofrece opciones flexibles de facturación y pago, incluido un Programa de Asistencia Financiera (FAP). Para ayudarnos a saber si califica para este programa, complete la solicitud a continuación. **Para evitar demoras, asegúrese de completar todos los campos.**

POR FAVOR TENGA EN CUENTA: La asistencia financiera es para pruebas que se facturan a través del seguro. Algunos planes de salud comerciales no permitirán que GeneDx ofrezca asistencia financiera. Se puede otorgar asistencia financiera para el pago por cuenta propia caso por caso. Para analizar otras opciones de pago o averiguar si califica para recibir asistencia financiera, por favor comuníquese con nosotros al (888) 729-1206, opción 2 o billing@genedx.com.

Nombre (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Dirección de Correo Electrónico		Número Telefónico Primario	
Dirección		Ciudad	Estado
Número de Acceso o Número de Cuenta de la Factura de GeneDx (si se conoce)		Tamaño del Hogar	Ingreso del Hogar (antes de los impuestos)

Para ver si califica para el Programa de asistencia financiera (FAP) de GeneDx, necesitamos saber el tamaño de su hogar (la cantidad de personas que viven en su hogar) y el ingreso familiar antes de impuestos. El ingreso total de su hogar incluye lo siguiente para TODOS los miembros de su hogar: Salario bruto (su salario), Compensación por desempleo, Incapacidad y compensación laboral, Seguro social y/o beneficios suplementarios (SSI), Asistencia pública (TANF, SNAP, etc.), Pensión/Jubilación, Dividendos/Intereses, Rentas/Regalías, Desempleo o Compensación al trabajador, Pensión alimenticia y/u otros Activos.

Su compañía de seguros de salud determinará únicamente cuál será la responsabilidad financiera de su miembro por las pruebas GeneDx. Este monto aparecerá en la carta de Explicación de beneficios (EOB) que le envía su compañía de seguros de salud (la carta EOB no es una factura). Luego, GeneDx le facturará según la responsabilidad financiera del miembro de la EOB. Si se le aprueba para la FAP, descontaremos su factura final de GeneDx por el monto que se indica en la tabla a continuación para el cual es elegible. La tabla se basa en las pautas federales de pobreza de 2022 y se actualizará a medida que las pautas federales cambien anualmente.

MONTO DESCONTADO DEBIDO BASADO EN EL INGRESO DEL HOGAR

PERSONAS EN LA FAMILIA/HOGAR	MONTO DESCONTADO DEBIDO BASADO EN EL INGRESO DEL HOGAR				
	\$0	\$75	\$150	\$200	\$250
1	\$14,580	\$36,304	\$43,594.20	\$50,884.20	\$58,320
2	\$19,720	\$49,103	\$58,962.80	\$68,822.80	\$78,880
3	\$24,860	\$61,901.40	\$74,331.40	\$86,761.40	\$99,440
4	\$30,000	\$74,700	\$89,700.00	\$104,700.00	\$120,000
5	\$35,140	\$87,498.60	\$105,068.60	\$122,638.60	\$140,560
6	\$40,280	100,297.20	\$120,437.20	\$140,577.20	\$161,120
7	\$45,420	\$113,095.80	\$135,805.80	\$158,515.80	\$181,680
8	\$50,560	\$125,894.40	\$151,174.40	\$176,454.40	\$202,240

Necesitamos algunos documentos adicionales para confirmar los ingresos de su hogar. Estamos obligados por la ley aplicable a recopilar esta información.

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

- Tipo 1: Su declaración de impuestos federal más reciente (1040 o 1040EZ)
- Tipo 2: Su declaración de retención W-2
- Tipo 3: Sus dos talones de pago más recientes y consecutivos (2 talones de pago cuentan como un tipo de documentación)

Otras Situaciones Financieras Extremas: Por favor proporcione documentación sobre cualquier otra dificultad financiera que desee que GeneDx tenga en cuenta, como por ejemplo:

- Una copia de su estado de bancarota
- Un resumen de las facturas médicas excesivas
- La muerte o discapacidad reciente de un sostén del hogar

Por la presente certifico que la información proporcionada anteriormente y la documentación que proporciono a GeneDx son verdaderas y precisas. GeneDx se reserva el derecho, en cualquier momento y sin previo aviso, de modificar el formulario de solicitud, modificar o cancelar este programa, auditar mi información o solicitar documentación adicional de ingresos y necesidad financiera.

IMPORTANTE: toda la información que nos envía se maneja de forma segura, pero solo se necesita su nombre y apellido, fecha de nacimiento e información sobre ingresos brutos en los documentos que nos envía.

Por favor oculte otra información personal confidencial, como el número de seguro social y los ingresos netos.

Por favor envíenos este formulario completo y sus documentos de respaldo tachados a través de una de las siguientes opciones seguras:

1. Envíe por fax a: 201-421-2020
2. Correo electrónico: Billing@genedx.com

COMO RECORDATORIO: Al solicitar nuestro programa de asistencia financiera, GeneDx le facturará a su seguro.

Firma del Paciente / Responsable

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)

PROCESO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA



PASO 1: COMPLETE LA SOLICITUD Y PREPARE LA DOCUMENTACIÓN DE APOYO

Seleccione dos de los tres tipos de documentación de respaldo de la página anterior y oculte su información personal confidencial (es decir, número de seguro social).

GeneDx solo necesita poder ver su nombre y apellido, fecha de nacimiento e ingresos brutos. Estos son algunos ejemplos de cómo bloquear sus documentos:

Sample Company				EARNINGS STATEMENT		
123 Main St. Gaithersburg, MD 12345						
EMPLOYEE NAME	SSN	EMPLOYEE ID	CH CK 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	24.28	40.00	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	
1,940.00	363.76	1,576.24	970.00	101.26	478.98	

22222		Employee's social security number		OMB No. 1545-0048	
a Employer identification number (EIN)	[REDACTED]	11 Wages, tips, other compensation	[REDACTED]	2 Federal income tax withheld	[REDACTED]
b Employer's name, address, and ZIP code	[REDACTED]	3 Social security wages	[REDACTED]	4 Social security tax withheld	[REDACTED]
		5 Medicare wages and tips	[REDACTED]	6 Medicare tax withheld	[REDACTED]
		7 Social security tax	[REDACTED]	8 Allocated tax	[REDACTED]
d Control number	[REDACTED]	9 Verification code	[REDACTED]	10 Dependent care benefits	[REDACTED]
e Employee's first name and initial	John Doe	11 Nonqualified plans	[REDACTED]	12a	[REDACTED]
		12b	[REDACTED]	12c	[REDACTED]
		12d	[REDACTED]	12e	[REDACTED]
		12f	[REDACTED]	12g	[REDACTED]
		12h	[REDACTED]	12i	[REDACTED]
		12j	[REDACTED]	12k	[REDACTED]
		12l	[REDACTED]	12m	[REDACTED]
f Employee's address and ZIP code	[REDACTED]	13 State wages, tips, etc.	[REDACTED]	14 Other	[REDACTED]
15 State Employer's state ID number	CA	16 State income tax	\$50,000	17 State income tax	[REDACTED]
		18 Local wages, tips, etc.	[REDACTED]	19 Local income tax	[REDACTED]
		20 Locality name	[REDACTED]		MU

W-2 Wage and Tax Statement 20XX
Form 991 - For State, City, or Local Tax Department Department of the Treasury-Internal Revenue Service



PASO 2: ENVÍE SU FORMULARIO COMPLETADO Y DOCUMENTACIÓN PREPARADA

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

1. Envíe por fax a: 201-421-2020
2. Correo electrónico:
Billing@genedx.com

Una vez que haya enviado sus materiales FAP, comuníquese con nosotros para asegurarse de que hayamos recibido su solicitud y 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 revisen su solicitud y los documentos del Programa de Asistencia Financiera (FAP), nos comunicaremos con usted para informarle si está aprobado.*

Si su prueba ya se ha completado, su compañía de seguros de salud le enviará su carta de Explicación de beneficios (EOB), que puede llegar antes de que GeneDx se comunique con usted acerca de su FAP. No necesita realizar ningún pago hasta que GeneDx le haya notificado y le haya enviado una factura de GeneDx.

Si se le aprueba para la FAP, el monto descontado se aplicará a la responsabilidad financiera del miembro que figura en su EOB.

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

*Recibirá una factura con el monto total si no es elegible o no se ha recibido toda la documentación requerida.