

# 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](mailto: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	\$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 bancarrota
- 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 proporcione 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](mailto: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 123 Main St. Gaithersburg, MD 12345				EARNINGS STATEMENT		
EMPLOYEE NAME	SSN	EMPLOYEE ID	CH CK NO.	PAY PERIOD	PAY DATE	
John Doe	[REDACTED]	12345	76512	MM/DD/YY - MM/DD/YY	MM/DD/YY	
INCOME	RATE	HOURS	CURRENT TOTAL	DEDUCTIONS	CURRENT TOAL	YEAR-TO-DATE
GROSS WAGES	24.25	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	
1,910.00	363.76	1,546.24	970.00	101.00	779.12	

22222	a Employee's social security number	OMB No 1545-0008
b Employer identification number (EIN)	1 Wages, tips, other compensation	2 Federal income tax withheld
c Employer's name, address, and ZIP code	3 Social security wages	4 Social security tax withheld
	5 Medicare wages and tips	6 Medicare tax withheld
	7 Social security tips	8 Allocated tips
d Control number	9 Verification code	10 Dependent care benefits
e Employee's first name and initial	Last name	Suff.
John Doe		
	11 Nonqualified plans	12a D
	13 Health	12b DD
	14 Other	12c P
		12d
f Employee's address and ZIP code	16 State Employer's state ID number	17 State wages, tips, etc.
CA		\$50,000
	18 State income tax	19 Local wages, tips, etc.
	20 Local income tax	
		MU

**W-2 Wage and Tax Statement** 20XX  
Form Copy 1 - 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](mailto: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 comunice 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.

		<b>YOUR Insurance Company</b>		<b>Explanation of Benefits (EOB)</b>	
		July 15, 20XX		<b>THIS IS NOT A BILL</b>	
<b>Subscriber Information</b>			<b>Total of Claim(s)</b>		
First: John Last: Doe ID: Z12345678			Your current claim(s) total: \$350.00 Your Insurance Company paid: \$50.00		
			Amount you are responsible for: \$300.00 (includes: copay, deductible, coinsurance, not covered or excluded services)		
Patient: John Doe ID: Z12345678					
<b>Medical Services Detail</b>		<b>Your Provider Billed</b>		<b>Member Benefit</b>	
Claim #: 01-23456-78-00	Provider: ZEE ORARE Date(s): 07/01/2019	Service: LABORATORY	Amount Allowed: \$350.00	Member Savings: \$50.00	Your/Plan Paid: \$0.00
		Copayment: \$0.00		Deductible: \$100.00	
		Coinsurance: \$0.00		Other Liability: \$0.00	
		TOTAL: \$100.00			
<b>Total for Claim # 01-23456-78-00</b>		<b>\$350.00</b>		<b>\$100.00</b>	
		<b>\$50.00</b>		<b>\$0.00</b>	
		<b>\$0.00</b>		<b>\$100.00</b>	
		<b>\$0.00</b>		<b>\$0.00</b>	
		<b>\$0.00</b>		<b>\$0.00</b>	

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