

SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)



De acuerdo con nuestra creencia de que las pruebas genéticas deben estar al alcance de todo el mundo, GeneDx, LLC ofrece opciones flexibles de pago y facturación, incluido un Programa de ayuda económica (FAP). Para ayudarnos a determinar si usted reúne los requisitos para este programa, le pedimos que complete la solicitud a continuación. **A fin de evitar demoras, asegúrese de completar todos los campos. Envíe la solicitud completa a billing@genedx.com. Puede enviar una copia escaneada o una foto del formulario completado.**

TENGA EN CUENTA:

- 1. La ayuda económica no está disponible para todos los servicios de pruebas genéticas. Actualmente, la ayuda económica no está disponible para las siguientes pruebas: URGb (GenomeDx ultraRapid, proband); TH78a (GenomeDx Rapid, trio); TH78e (GenomeDx Rapid, duo); TH78b (GenomeDx Rapid, proband); 896a (ExomeDx Rapid, trio); 896e (ExomeDx Rapid, duo); and 896b (ExomeDx Rapid, proband).
- 2. Se considerará conceder la ayuda económica caso por caso. La ayuda económica no está disponible para grupos de pacientes. Cada persona que solicite ayuda económica para las pruebas genéticas debe completar este formulario.
- 3. La ayuda económica se concede para pruebas que se facturan a través de un seguro o para pacientes sin seguro. Para conversar sobre otras opciones de pago o averiguar si usted cumple los requisitos para recibir ayuda económica, contáctenos en el (888) 729-1206, opción 2 (si habla español, llame a este número) o envíe un correo electrónico a billing@genedx.com.

Nombre del paciente (apellidos, primer nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Dirección de correo electrónico	Número de teléfono principal	
Dirección postal	Ciudad	Estado
Número de cuenta en la factura de GeneDx	Número de miembros del núcleo familiar	Ingresos del núcleo familiar (antes de impuestos)
Seleccione el tipo de asistencia (elijá una opción) ☐ El paciente TIENE seguro (los gastos de bolsillo se descuentan en función de una escala variable) ☐ El paciente NO TIENE seguro (los precios de las pruebas se descuentan en función de una escala variable)		

Para comprobar si usted califica para el Programa de ayuda económica (FAP) de GeneDx, necesitamos conocer el número de miembros de su núcleo familiar (el número de personas que viven en su casa) y los ingresos del núcleo familiar antes de impuestos. Los ingresos totales de su núcleo familiar incluyen los siguientes conceptos para TODOS los miembros de su núcleo familiar: salario bruto (su sueldo), prestación por desempleo, prestación por discapacidad y accidente laboral, prestaciones del Seguro Social y/o Ingreso suplementario (SSI), ayuda pública (TANF, SNAP, etc.), pensión/prestación por jubilación, dividendos/intereses, arrendamientos/regalías, prestación por desempleo o indemnización laboral, pensión alimenticia u otros activos. Su compañía de seguro médico será la única entidad en determinar su responsabilidad económica en relación con las pruebas de GeneDx. Esta cantidad aparecerá en la carta de Explicación de beneficios (EOB) que su compañía de seguros le envía (la carta EOB **no** es una factura). GeneDx le emitirá una factura en función de la responsabilidad económica del miembro indicada en la EOB. Tenga en cuenta que, si cumple con los requisitos para la asistencia financiera, el descuento o ajuste aprobado se **aplicará a cada prueba individual** y se descontará de su factura final, según el monto indicado en la tabla que aparece a continuación.

La tabla se basa en las directrices federales sobre el umbral de pobreza de 2025 y se actualiza cada año a medida que cambian estas directrices.

NÚMERO DE MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR	DESCUENTO SEGÚN INGRESOS DEL NUCLEO FAMILIAR				
	\$0	\$75	\$150	\$200	\$250
1	\$31,300	\$46,950	\$62,600	\$78,250	\$93,900
2	\$42,300	\$63,450	\$84,600	\$105,750	\$126,900
3	\$53,300	\$79,950	\$106,600	\$133,250	\$159,900
4	\$64,300	\$96,450	\$128,600	\$160,750	\$193,800
5	\$75,300	\$112,950	\$150,600	\$188,250	\$225,900
6	\$86,300	\$129,450	\$172,600	\$215,750	\$258,900
7	\$97,300	\$145,950	\$194,600	\$243,250	\$291,900
8	\$108,300	\$162,450	\$216,600	\$270,750	\$324,900
9	\$119,300	\$178,950	\$238,600	\$298,250	\$357,900
10	\$130,300	\$195,450	\$260,600	\$325,750	\$390,900
11	\$141,300	\$211,950	\$282,600	\$353,250	\$423,900
12	\$152,300	\$228,450	\$304,600	\$380,750	\$456,900
13	\$163,300	\$244,950	\$326,600	\$408,250	\$489,900
14	\$174,300	\$261,450	\$348,600	\$435,750	\$522,900

POR LA PRESENTE DECLARO QUE TODA LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CORRECTA Y VERAZ. AUTORIZO A GENEDX A VERIFICAR LA INFORMACIÓN ANTERIOR CON EL ÚNICO FIN DE EVALUAR LA NECESIDAD ECONÓMICA, INCLUIDO EL DERECHO DE SOLICITAR DOCUMENTACIÓN DE APOYO PARA LA PETICIÓN ANTERIOR. ENTIENDO QUE SI NO REÚNO LOS REQUISITOS, ME LO NOTIFICARÁN Y GENEDX ME EMITIRÁ UNA FACTURA. POR LA PRESENTE RECONOZCO QUE NO TENGO RELACIÓN ALGUNA CON EL MÉDICO QUE SOLICITÓ LA PRUEBA NI SOY SU EMPLEADO. ENTIENDO Y ACEPTO QUE GENEDX LLC SE RESERVA EL DERECHO DE MODIFICAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD; DE MODIFICAR O CANCELAR ESTE PROGRAMA; Y DE AUDITAR LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN PREVIO AVISO. ASIMISMO, CERTIFICO Y ACEPTO QUE NO TRATARÉ DE CONSEGUIR UN REEMBOLSO O CRÉDITO DE ESTA PRUEBA POR PARTE DE UNA ASEGURADORA, ORGANIZACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD O PROGRAMA GUBERNAMENTAL U OTRA FUENTE DE AYUDA ECONÓMICA.

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