

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA PACIENTES

Los pacientes que soliciten asistencia deben documentar su necesidad económica. Si el paciente es menor de edad o no puede completar este formulario, un padre o tutor legal puede hacerlo.

Nombre del paciente (nombre/apellido): _____

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____

Dirección postal del paciente: _____

Teléfono: (_____) _____

Idioma preferido: (rodee una opción con un círculo) ESPAÑOL - INGLÉS

SECCIÓN 1

Proporcione **UNO** de los documentos enumerados a continuación:

- a. Una copia del formulario W2 del año pasado.
- b. Una copia de la declaración de impuestos federal o estatal del año pasado (solo la página(s) que muestra los ingresos brutos (antes de impuestos)).
- c. Una copia de su último cheque del Seguro Social.
- d. Si actualmente está desempleado, una copia de las ganancias por desempleo.
- e. Prueba de que usted califica para programas de asistencia del condado, estado o federal en función de sus ingresos (p. ej., Medicaid, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Ingresos de Seguridad Suplementaria (SSI), Programa de Asistencia de Energía en el Hogar, etc.). **Si no está seguro de qué programas podrían calificar, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente al 1-888-662-6897, Option 2.**
- f. Si **no** tiene ninguno de los documentos anteriores, describa su necesidad financiera y aún podría calificar.

SECCIÓN 2

Calcule sus ingresos brutos anuales (antes de impuestos) para todo su hogar: \$ _____

Número de personas que viven en su hogar: _____

SECCIÓN 3

Certifico que toda la información proporcionada a Exact Sciences es verdadera y completa. Entiendo que Exact Sciences se reserva el derecho de verificar toda la información enviada y reconozco que mi solicitud **no** garantiza que recibiré asistencia financiera de ningún tipo.

Firma del paciente o progenitor/tutor: _____ Fecha: _____