



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA AL PACIENTE

| Información Del Paciente | |
|--|---|
| Número de cuenta: | |
| Apellido, y nombre del paciente: | |
| Nombre completo del afiliado: | Relación con el paciente: |
| Dirección del paciente: | Ciudad: Estado: Código Postal: |
| Número del teléfono: | Dirección de correo electrónico: |
| Fecha de nacimiento: | Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Correo Postal |
| Ingresos totales anuales de toda la familia incluyendo cabeza de familia: Número de miembros de la familia: _____ \$ _____ | Proporcione una de las siguientes formas de documentación: <ul style="list-style-type: none">• La primera página de su declaración de impuestos federales más reciente (Formulario 1040), o• Recibo de sueldo reciente para cada asalariado miembro de familia, o• Otra evidencia del ingreso de la unidad familiar |

Certificaciones

- La información presentada y proporcionada para esta solicitud está completa y verificada.
- Entiendo que completar este formulario no garantiza asistencia financiera.
- Certifico que pagar las exámenes de Neogenomics causaría dificultades financieras.
- Entiendo que este programa está sujeto a cambios o terminación por Neogenomics.

Autorizaciones

- Autorizo a Neogenomics a usar la información en esta solicitud para evaluar mi elegibilidad para el Programa de asistencia financiera de Neogenomics
- Autorizo a Neogenomics a contactarme directamente con respecto a esta aplicación.
- Entiendo que estas autorizaciones, que son necesarias para participar en este programa, pueden ser cancelado en cualquier momento enviando una carta a Neogenomics.

Certifico que he leído y entiendo las certificaciones y autorizaciones anteriores y que estoy de acuerdo con los términos anteriores como se indica al firma a continuación:

| | |
|---|--------------------------------|
| Firma del paciente: | Fecha de la firma (requerido): |
| Firma del garante: | Fecha de la firma (requerido): |
| PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE FACTURACION SOLAMENTE | % de asistencia: |
| Aprobado por: | Fecha: |

Enviar por correo a:
NeoGenomics Laboratories,
Inc PO Box 947586
Atlanta, GA 30394-7586

www.neogenomics.com
T: 866.776.5907
F: 844.560.3058