

Envíe el formulario completo por correo: billing@arboretumclinical.com | Fax: 617-465-0695
¿Preguntas? Llame al (617) 798-2477 o escriba a billing@arboretumclinical.com

Este formulario es únicamente para asistencia financiera posterior a la prueba. No es una orden para realizar una prueba. Puede completarlo el proveedor solicitante, su personal, o el paciente o representante personal. Se requiere comprobante de ingresos o documentación de respaldo. La asistencia se determina de forma individual y se aplica a la cuenta después de la revisión.

***Información obligatoria**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE, PROVEEDOR Y PRUEBA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

*Apellido *Nombre Inicial

*Fecha de nac. (MM/DD/AAAA) *Sexo ☐ F ☐ M

*Dirección Apto # *Ciudad

*Estado *Código postal *País

*Teléfono *Correo electrónico

CONTACTO PARA LA DECISIÓN

¿A quién debemos contactar con la decisión? Marque todo lo que corresponda.

☐ Paciente Pref.: ☐ Tel. ☐ Email ☐ Correo
☐ Consultorio Pref.: ☐ Tel. ☐ Email ☐ Correo ☐ Fax

PRUEBA SOLICITADA

☐ Arboretum Combined Hereditary Arrhythmia and Cardiomyopathy Panel
☐ Arboretum Familial Hypercholesterolemia Test
☐ Arboretum Coronary Artery Disease PRS
☐ Arboretum Hereditary Aortopathy Test
☐ Arboretum Hereditary Cardiomyopathy Test
☐ Arboretum Hereditary Arrhythmia Test
☐ Arboretum Hereditary Cancer Test

PROVEEDOR SOLICITANTE

*Nombre del consultorio / centro

Número de cuenta

*Médico solicitante

*Teléfono Fax

Correo electrónico

ASISTENCIA FINANCIERA SEGÚN INGRESOS

Complete esta sección si el ingreso de su hogar es igual o inferior al 600% del Nivel Federal de Pobreza (NFP). Compare su ingreso con la tabla de la página 3. Si el ingreso de su hogar supera el 600% del NFP, use la sección de Asistencia por Dificultad Económica en la página 2.

*Ingreso bruto anual estimado del hogar *Número de personas en el hogar

Según la tabla de la página 3, el ingreso de mi hogar es (marque una):

☐ Igual o inferior al 600% del NFP - solicite con esta sección (Asistencia según ingresos)
☐ Superior al 600% del NFP - deténgase aquí y complete la sección de Asistencia por Dificultad Económica (página 2)

Atención Caritativa Marque si corresponde alguna de las siguientes (se requiere documentación):

☐ El ingreso del hogar es igual o inferior al 200% del Nivel Federal de Pobreza y el seguro del paciente no cubre la prueba
☐ Otras circunstancias atenuantes (describa):

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA COMO COMPROBANTE DE INGRESOS (ENVÍE CON ESTA SOLICITUD)

*Marque el tipo de documentación adjunta:

☐ Primera página de la declaración de impuestos federal más reciente ☐ Formulario W-2 del empleador actual o más reciente
☐ Recibo de pago reciente ☐ Carta de concesión de beneficios (Seguro Social, discapacidad, desempleo)
☐ Inscripción en un programa según ingresos (Medicaid, SNAP, TANF, SSI, WIC) ☐ Certificación médica de dificultad económica

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que la información proporcionada es verídica y completa según mi leal saber y entender. Entiendo que Arboretum Clinical determina la asistencia de forma individual, puede solicitar documentación adicional y puede verificar la información proporcionada.

Firma Nombre en imprenta Fecha

Asistencia Financiera por Dificultad Económica

Solo para hogares con ingresos superiores al 600% del Nivel Federal de Pobreza

Cómo funcionan los descuentos por dificultad económica

Si el ingreso de su hogar supera el 600% del Nivel Federal de Pobreza, aún puede calificar para un descuento por dificultad económica. Marque cada circunstancia que corresponda a continuación, agregue una breve explicación y adjunte documentación de respaldo. Cada dificultad se revisa de forma individual y, si se aprueba, aplica un descuento porcentual al saldo a su cargo después de facturar al seguro.

¿QUÉ CIRCUNSTANCIAS CORRESPONDEN? MARQUE TODAS Y AGREGUE DETALLES.

En los detalles de cada circunstancia, explique cómo ha generado una necesidad económica o ha afectado su capacidad de pago de la prueba. Una dificultad sin impacto económico, como la dificultad emocional por sí sola, no califica.

Adjunte documentación para cada una que marque (vea a continuación).

☐ **Evento importante de vida o vivienda**

Un cambio de vida importante en los últimos 12 meses, como un cambio de vivienda, la pérdida de un familiar o un cambio en la función de cuidador.

Detalles:

☐ **Pérdida de ingresos o trabajo inestable**

Pérdida de ingresos en los últimos 12 meses, o ingresos impredecibles.

Detalles:

☐ **Cuidado de dependientes**

Más del 10% del ingreso bruto del hogar gastado en el cuidado de dependientes en los últimos 12 meses.

Detalles:

☐ **Carga de gastos médicos**

Gastos médicos para usted, sus dependientes o familiares que superan el 5% del ingreso bruto del hogar en los últimos 12 meses.

Detalles:

☐ **Otra circunstancia**

Cualquier otra circunstancia que afecte su capacidad de pago. Descríbala en el campo de detalles.

Detalles:

DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO POR DIFICULTAD ECONÓMICA (ENVÍE CON ESTE FORMULARIO)

Marque la documentación que adjunta:

- | | |
|--|---|
| ☐ Aviso de despido, cesantía o reducción de horas | ☐ Carta de concesión o denegación de discapacidad o beneficios |
| ☐ Recibo(s) de pago reciente(s) | ☐ Aviso de desalojo, corte de servicios o cambio de vivienda |
| ☐ Resumen de facturas o gastos médicos | ☐ Comprobante de gastos de cuidado de dependientes |
| ☐ Estados de cuenta bancarios recientes | ☐ Otra documentación (describa en los detalles anteriores) |

DECLARACIÓN

Certifico que la información anterior es verídica y completa según mi leal saber y entender. Entiendo que Arboretum Clinical toma una determinación individual, puede solicitar documentación adicional y puede verificar la información proporcionada.

Firma

Nombre en imprenta

Fecha

Descripción del Programa de Asistencia Financiera

Arboretum Clinical cree que todo paciente merece pruebas genéticas de alta calidad, sin importar su situación económica. Vea a continuación la elegibilidad y cómo funciona cada tipo de asistencia.

Niveles de Asistencia Financiera

Hay dos tipos de asistencia financiera. El nivel de ingresos de su hogar determina qué solicitud debe completar.

Los niveles se basan en las Guías del Nivel Federal de Pobreza (NFP) de 2026*.

SEGÚN INGRESOS | SOLICITE EN LA PÁGINA 1

DIFICULTAD | PÁG. 2

NIVEL 1
\$0
Máximo a pagar

NIVEL 2
\$100
Máximo a pagar

NIVEL 3
\$175
Máximo a pagar

NIVEL 4
% Descuento
Solo por dificultad

Personas en el hogar	Guía de pobreza	NIVEL 1 <=200% NFP	NIVEL 2 201-400% NFP	NIVEL 3 401-600% NFP	NIVEL 4 Más de 600% NFP
1	\$15,960	\$31,920 o menos	\$31,921 - \$63,840	\$63,841 - \$95,760	>\$95,760
2	\$21,640	\$43,280 o menos	\$43,281 - \$86,560	\$86,561 - \$129,840	>\$129,840
3	\$27,320	\$54,640 o menos	\$54,641 - \$109,280	\$109,281 - \$163,920	>\$163,920
4	\$33,000	\$66,000 o menos	\$66,001 - \$132,000	\$132,001 - \$198,000	>\$198,000
5	\$38,680	\$77,360 o menos	\$77,361 - \$154,720	\$154,721 - \$232,080	>\$232,080
6	\$44,360	\$88,720 o menos	\$88,721 - \$177,440	\$177,441 - \$266,160	>\$266,160
7	\$50,040	\$100,080 o menos	\$100,081 - \$200,160	\$200,161 - \$300,240	>\$300,240
8	\$55,720	\$111,440 o menos	\$111,441 - \$222,880	\$222,881 - \$334,320	>\$334,320

Para hogares con más de 8 personas, agregue \$11,360 por persona adicional para el Nivel 1, \$22,720 para el Nivel 2 y \$34,080 para el Nivel 3.
*Fuente: Guías de Pobreza del HHS 2026, 48 estados contiguos y D.C. | aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines

Descuentos por Dificultad Económica (Más de 600% NFP)

Los hogares con ingresos superiores al 600% del NFP pueden calificar para un descuento por dificultad económica. Cada circunstancia que califique se revisa de forma individual y, si se aprueba, reduce el saldo a su cargo que queda después del seguro. Complete la sección de dificultad económica en la página 2 y adjunte documentación.