ARBORETUM CLINICAL

Solicitud de Asistencia Financiera para Pruebas Genéticas

Arboretum Clinical, LLC

Envíe por correo a billing@arboretumclinical.com | Fax 617-465-0695 | ¿Preguntas? Llame al (617) 798-2477
Por correo postal a Arboretum Clinical, 245 Main St Fl 2, Cambridge MA 02142

Este formulario no es una orden para una prueba. Puede completarlo el paciente, un representante o el consultorio que ordena.

*** = Obligatorio**

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

***Apellido** | ***Nombre** | **Inicial** | ***Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)**

***Dirección** | **Apto #** | ***Sexo**

☐ Femenino ☐ Masculino

***Ciudad** | ***Estado** | ***Código postal** | **N.º de cuenta (si lo sabe)**

***Teléfono** | ***Correo electrónico** | ***Enviar la decisión a**

☐ Paciente ☐ Consultorio

2. PRUEBA ORDENADA Y PROVEEDOR QUE ORDENA

***Prueba ordenada (marque todas las que correspondan)**

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

***Nombre del consultorio o centro**

***Médico que ordena** | ***Teléfono** | **Fax**

3. INGRESOS DEL HOGAR

***Ingreso bruto anual del hogar ($)** | ***Número de personas en el hogar**

Como referencia: escala de asistencia financiera 2026

Si se aprueba, lo máximo que pagaría	$0	$50	$100	$150	$200	$250
Tamaño del hogar	**225% del NFP o menos**	**225 a 350% del NFP**	**350 a 450% del NFP**	**450 a 550% del NFP**	**550 a 650% del NFP**	**más de 650% del NFP**
1	$35,910	$55,860	$71,820	$87,780	$103,740	más de $103,740
2	$48,690	$75,740	$97,380	$119,020	$140,660	más de $140,660
3	$61,470	$95,620	$122,940	$150,260	$177,580	más de $177,580
4	$74,250	$115,500	$148,500	$181,500	$214,500	más de $214,500
5	$87,030	$135,380	$174,060	$212,740	$251,420	más de $251,420
6	$99,810	$155,260	$199,620	$243,980	$288,340	más de $288,340
7	$112,590	$175,140	$225,180	$275,220	$325,260	más de $325,260
8	$125,370	$195,020	$250,740	$306,460	$362,180	más de $362,180

Las cifras corresponden al ingreso bruto anual del hogar en el límite superior de cada banda. Los montos son el precio de autopago si no tiene seguro, o lo máximo que pagaría después de facturar al seguro.

NFP = Nivel Federal de Pobreza. Fuente: Guías Federales de Pobreza de HHS 2026, 48 estados contiguos y D.C. Agregue $12,780 por persona para hogares de más de 8.

4. CIRCUNSTANCIAS ATENUANTES (OPCIONAL)

Un paciente que califique aquí puede recibir un descuento adicional al monto basado en los ingresos. Marque todo lo que corresponda a continuación, descríbalo brevemente y adjunte documentación en la Sección 5.

- ☐ Evento importante de vida o vivienda en los últimos 12 meses, como una mudanza, la pérdida de un familiar o un cambio en el cuidado de otras personas
- ☐ Pérdida de ingresos en los últimos 12 meses, o ingresos impredecibles por trabajo por turnos o trabajo temporal
- ☐ Gastos de cuidado de dependientes superiores al 10% del ingreso bruto del hogar en los últimos 12 meses
- ☐ Gastos médicos superiores al 5% del ingreso bruto del hogar en los últimos 12 meses
- ☐ Otra circunstancia que afecte su capacidad de pago

Describa brevemente lo que marcó y cómo afecta su capacidad de pago

5. DOCUMENTOS QUE ADJUNTA

Adjunte un comprobante de ingresos o de inscripción en un programa. Si marcó una circunstancia arriba, adjunte también documentación de ella. Se puede enviar una certificación de dificultad financiera del proveedor en lugar de la documentación de ingresos.

- ☐ Primera página de la declaración de impuestos
- ☐ Talón de pago reciente
- ☐ Comprobante de inscripción en un programa
- ☐ Aviso de desalojo o corte de servicios
- ☐ Estados de cuenta bancarios recientes
- ☐ Certificación de dificultad o caridad del proveedor
- ☐ Formulario W-2 del empleador actual o más reciente
- ☐ Carta de aprobación o denegación de beneficios
- ☐ Aviso de despido, cesantía o reducción de horas
- ☐ Comprobante de gastos médicos
- ☐ Comprobante de gastos de cuidado de dependientes
- ☐ Otro

6. FIRMA

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y completa según mi leal saber y entender. Entiendo que Arboretum Clinical toma una determinación individual de necesidad financiera, puede solicitar documentación adicional y puede verificar lo que he proporcionado. La asistencia no está garantizada y se basa en la revisión de esta solicitud.

Firma del paciente o representante personal

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Parentesco con el paciente, si no es el mismo

Office use only ☐ Charity care ☐ Provider attestation ☐ Other: Initials: