



## Solicitud del Programa de Asistencia Financiera (MFAP)

Favor de completar la siguiente información:

- Certifico que no poseo seguro médico subvencionado con fondos federales (i.e., Medicare, Medicaid, Tricare, Medicare Advantage). Nota: Los pacientes con algunos tipos de planes de Medicaid, incluyendo pacientes con planes limitados financiados por el estado (por ejemplo: planes solamente para emergencia, o Medicaid en estados que no cuentan con cobertura para pruebas Myriad) son elegibles para MFAP; póngase en contacto con Myriad para obtener detalles sobre su tipo de plan.
- Marque uno. Estoy solicitando:
  - Asistencia Sin-Seguro Médico**- Yo no poseo seguro médico. Si cumplo con los requisitos médicos y los requisitos financieros (de bajos ingresos), entiendo que no habrá un costo por mi prueba.
  - Asistencia con Seguro Médico Insuficiente**- Actualmente tengo cobertura de seguro médico con \_\_\_\_\_, y he proporcionado toda la información de la póliza actual a la oficina de mi clínica para ser presentada con mi Formulario de Solicitud de Prueba. Si reúno los criterios médicos y los requisitos financieros (de bajos ingresos) para mi examen que ordenó de proveedor de atención médica, entiendo que cualquier gasto de bolsillo que resulte de mi reclamación de seguro médico será limitado a \$100.
- **Ingresos Brutos Anuales del Hogar (AGI):** \$\_\_\_\_\_ (Nota: AGI incluye lo siguiente para todos los miembros de su hogar: Salario Bruto, Compensación por Desempleo, Compensación por Discapacidad y Compensación al Trabajador, Beneficios de Seguro Social y / o Suplementario (SSI), Asistencia Pública (TANF, SNAP, etc.). Como documentación adicional, envíe una copia de la primera página de su declaración de impuestos más reciente (formulario **1040, 1040A o 1040EZ**). Si no puede presentar una declaración de impuestos, describa brevemente en el espacio debajo el fuente (s) de sus ingresos y por qué su declaración de impuestos no está disponible:

- El número total de personas en mi hogar apoyados por los ingresos anteriores: \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que la información proporcionada por mi o por mi representante legal es verdadera y precisa. Declaro haber leído y entendido los requisitos del Programa de Asistencia Financiera Myriad. Entiendo y acepto que Myriad Genetic Laboratories, Inc. se reserve el derecho –en cualquier momento y sin notificación previa– de modificar el formulario de solicitud, de modificar o dar por finalizado el presente Programa y de verificar la información que suministre en esta solicitud.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento