

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
	Phone Email Mail
Ingresos totales anuales de toda la familia	Número de miembros de la familia

(Incluyendo cabeza de familia)

Proporcione una de las siguientes formas de documentación

- La primera página de su declaración de impuestos federales más reciente (Formulario 1040), o las dos primeras páginas de la declaración de impuestos para personas mayores (Formulario 1040-SR)
- Tres talones de pago recientes de cada asalariado de su hogar/unidad familiar, 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 los 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 canceladas 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 la firma a continuación:

Firma del paciente

Fecha de la firma (requerido)

Firma del garante

Fecha de la firma (requerido)

Enviar por correo a:

NeoGenomics Laboratories, Inc.
P.O. Box 947586, Atlanta, GA 30394-7586
Phn: 866.776.5907 Fax: 239.690.4237

PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE FACTURACIÓN SOLAMENTE

Aprobado por:

Fecha: