

# Solicitud de asistencia financiera del paciente

La asistencia financiera se encuentra disponible para residentes de los EE. UU.

Enviar por fax a: +1 (617) 830-0279 Correo electrónico: [client.services@foundationmedicine.com](mailto:client.services@foundationmedicine.com)

\*Información obligatoria

Para obtener más información o para presentar una solicitud en línea, ingrese en: [access.foundationmedicine.com](http://access.foundationmedicine.com)

| *Información del paciente        |   |        | *Información del médico responsable y del centro |  |
|----------------------------------|---|--------|--|--|
| Apellido                         |   |        | Nombre de Oficina/Consultorio/Centro             |  |
| Nombre                           |   |        | Médico responsable                               |  |
| Inicial 2° nombre                |   |        | Teléfono   |  |
| Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) | Sexo  |        | Fax  |  |
|                                  | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M   |        | Correo electrónico                               |  |
| Calle                            | N.º de dpto.  | Ciudad |  |  |
| Estado                           | Código postal   | País   |  |  |
| Teléfono                         | <input type="checkbox"/> Autorizo a Foundation Medicine a dejar un correo de voz detallado en este número de teléfono |        |  |  |
| Correo electrónico               |   |        |  |  |

**\*Ingreso bruto anual total del hogar**

Ingreso bruto anual estimado del hogar (Ingreso actual. No se aceptarán rangos estimados.)

\_\_\_\_\_

Cantidad de integrantes de la familia en el hogar que dependen del ingreso bruto anual del hogar antes mencionado (incluido el paciente)

Debe ser completado para procesar el formulario

**\*¿A quién debemos contactar sobre la decisión de aprobación?**

Asegúrese de haber completado la información de contacto del paciente y del centro en la parte superior del formulario.

Marque todas las opciones que correspondan:

Paciente  Consultorio

Método de contacto preferido: (seleccione una opción)

Correo electrónico  Correo postal  Teléfono  Fax

**\*Por medio del presente, confirmo que la información antes mencionada es verdadera y correcta:**

|  |                     |
|--|---------------------|
| Nombre del paciente O Representante personal (Letra de imprenta) | Firma (Obligatoria) |
| Parentesco con el paciente                                       | Fecha               |

En mi calidad de Representante personal del paciente o Médico responsable que completa esta solicitud en nombre de mi paciente, mi firma también certifica que le he explicado al paciente la naturaleza y el propósito de esta solicitud y que el paciente ha aceptado que yo complete la solicitud en su nombre.

**Devolver el formulario firmado a: Atención al cliente**

Fax: 617.830.0279 Correo electrónico: [client.services@foundationmedicine.com](mailto:client.services@foundationmedicine.com)

Para los pacientes con seguro de gastos médicos, primero se facturará a la compañía de seguros. El monto de asistencia financiera autorizado será aplicado al saldo restante adeudado después de cobrarle a la compañía de seguros.