

Genesis Reference Laboratories es el laboratorio clínico elegido para realizar pruebas cualitativas y cuantitativas de toxicología, gastrointestinales, UTI/STI o respiratorias por su programa de tratamiento y/o médico. Genesis Reference Laboratories ha establecido un Programa de Asistencia por Dificultades para garantizar que obtenga las pruebas de laboratorio que necesita, sin la carga adicional del costo. Para ser considerado para el Programa de Asistencia por Dificultades, debe completar esta solicitud y proporcionar toda la documentación necesaria asociada con la prueba de ingresos a nuestras instalaciones. Si se aprueba, esta solicitud caducará automáticamente después de 12 meses a partir de la fecha de aprobación de la solicitud. Si no hay cambios en el estado financiero del paciente, se requiere una renovación anual del programa de asistencia por dificultades económicas.

Un paciente puede calificar para el programa basado en las siguientes circunstancias:

1. Genesis Reference Laboratories debe haber recibido una orden válida para los servicios de pruebas de laboratorio de su proveedor médico.
2. El paciente no tiene seguro médico.
3. El paciente tiene seguro médico, pero el pagador no cubre los servicios realizados por Genesis Reference Laboratories.
4. El paciente no puede pagar el cargo por los servicios debido a dificultades.

Para solicitar el Programa de Asistencia por Dificultades, debe completar:

1. La autorización del paciente junto con el formulario de divulgación de empleo y hogar (Pág. 2 - 3)
2. Proporcionar prueba documentada de ingresos. Proporcione dos de los siguientes:
  - a. Declaración de retención W-2
  - b. Dos talones de cheque de pago más recientes
  - c. Declaración de impuestos más reciente
  - d. Elegibilidad para Medicaid/Medicare o otros programas de asistencia médica financiados por el estado
  - e. Documentación del estado de Programas de Bienestar

Tan pronto como se haya recibido su solicitud completa. Espere aproximadamente dos semanas hábiles para que su solicitud sea revisada y procesada. Recomendamos no realizar ningún pago hasta que reciba una notificación sobre el estado de su solicitud.

**Nota Importante:** El programa se evaluará regularmente para garantizar que la utilización sea adecuada y esté alineada con la población de pacientes prevista. Genesis Reference Laboratories se reserva el derecho de negar la elegibilidad e interrumpir el programa en ausencia de cumplimiento por parte de los pacientes o nuestros socios comerciales.

**TODA LA INFORMACIÓN RELATIVA A LAS SOLICITUDES POR DIFICULTADES FINANCIERAS SE MANTENDRÁ CONFIDENCIAL EN LAS OFICINAS DE GENESIS REFERENCE LABORATORIES**

*Si se aprueba, el paciente acepta los siguientes requisitos:*

1. El paciente da su consentimiento para que Genesis Reference Laboratories almacene su solicitud en un archivo por un período de 12 meses.
2. Si el paciente obtiene un seguro durante el período de 12 meses que está inscrito en el programa de dificultades, es su responsabilidad notificar a Genesis Reference Laboratories y al consultorio de su médico de inmediato, para retirarse del programa de dificultades.
3. Si el estado financiero del paciente no cambia dentro de los 12 meses, acepta una renovación anual de el programa de dificultades con fines de documentación y cumplimiento.

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a Genesis Reference Laboratories a:  
(Imprima su nombre)

1. Realizar pruebas de laboratorio en mis especímenes según lo solicite mi centro de referencia y/o médico.
2. Dar a conocer los resultados de las pruebas de laboratorio al médico y al centro que los solicitó. Liberar mi espécimen cuando el médico lo solicite por escrito para su confirmación.
3. Recopilar y utilizar cualquier información médica necesaria para procesar mi muestra.
4. Si corresponde, facture a mi proveedor de seguros por los servicios de pruebas de laboratorio. Recibir pagos de beneficios por pruebas de laboratorio realizadas.

***Entiendo que si mi proveedor de seguros me paga directamente, soy responsable de enviar el cheque refrendado y el monto total del pago a Genesis Reference Laboratories dentro de los 10 días hábiles de haber recibido el pago de mi proveedor de seguros y estado de cuenta de Genesis Reference Laboratories.*** \_\_\_\_\_ (Iniciales)

**Información del paciente:**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial de Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY)

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono de

Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_ Numero de

cuenta: \_\_\_\_\_ (Enumerado en el lado izquierdo de la factura bajo el nombre del paciente)

**Contacto de Emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Información del seguro:**

No tengo seguro

Tengo seguro (proporcione los detalles del seguro a continuación)

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Seguro

secundario: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

**Estado de Empleo:**

Empleado/a                       Desempleado/a  
 Jubilado/a                         Discapacitado/a

**Household Information:**

Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

Ingreso anual del hogar: \_\_\_\_\_

Explique brevemente por qué tendría problemas para pagar sus factura(s) de laboratorio:

**Información de Guardián legal:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Reconozco que la información anterior es verdadera y correcta de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo la divulgación de todos los registros financieros necesarios para verificar la información anterior. Entiendo que si no califico, se me notificará y Genesis Reference Laboratories me facturará a mí y a mi proveedor de seguros, si corresponde.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Imprima su nombre)

Firma del Paciente o Guardián legal: \_\_\_\_\_

Por favor envíe este formulario a [CET@genesishreference.com](mailto:CET@genesishreference.com). Espere dos semanas hábiles para todas las respuestas. Para obtener asistencia inmediata, comuníquese con el equipo de CET al (844) 510-0194.

For office use only		
Specimen ID	Status	Date

**LINEAMIENTOS DE POBREZA 2023**

Persons in family/household	Poverty guideline
1	\$14,580
2	\$19,720
3	\$24,860
4	\$30,000
5	\$35,140
6	\$40,280
7	\$45,420
8	\$50,560

Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$5,140 por cada persona adicional.