



Estimado paciente,

Natera tiene el orgullo de ofrecer su Programa de Cuidado Compasivo para poder hacer sus pruebas financieramente accesibles. Por favor, complete el siguiente formulario y envíelo junto con su muestra con el fin de solicitar una tarifa reducida al correo electrónico compassion@natera.com o lo puede enviar por fax al **650-412-0834**.

Si está disponible al momento de la recolección de la muestra, por favor, envíe una copia de uno de los siguientes documentos junto con un formulario rellenado que muestre el ingreso actual de su hogar. Podrá enviar una prueba del ingreso posteriormente. Al enviar los documentos, tape su número de seguridad social.

- Formulario(s) W2 del año anterior
- Declaración del impuesto sobre la renta del año anterior
- Comprobante de pago más reciente

En función de la información que suministre, determinaremos si cumple con los criterios para recibir una exoneración de algunos de sus cargos actuales o de todos ellos. Los criterios se basan en las directrices federales de pobreza de EE. UU. del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS).

Directrices del HHS:

		Ingreso anual		
Tamaño del hogar	1	\$58,320	\$43,740	\$29,160
	2	\$78,880	\$59,160	\$39,440
	3	\$99,440	\$74,580	\$49,720
	4	\$120,000	\$90,000	\$60,000
	5	\$140,560	\$105,420	\$70,280
	6	\$161,120	\$120,840	\$80,560
	7	\$181,680	\$136,260	\$90,840
	8	\$202,240	\$151,680	\$101,120
Descuento para grupo		\$149	\$99	\$0

1. Determinaremos su elegibilidad en función de su ingreso y de las directrices de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Las directrices se actualizan anualmente y están disponibles en el sitio web del HHS.

2. Para familias u hogares con más de 8 personas, comuníquese con Natera para conocer los niveles de ingreso que califican.

Como alternativa, si no tuvo ingresos durante el año anterior, debería entregarnos una carta notarial que declare que se encuentra desempleado actualmente y que no declaró impuestos sobre la renta federales ni estatales el año anterior.

El Programa de cuidado compasivo se aplica luego de que haya sido agotada la facturación de seguros o de Medicare. Podría recibir una EOB de su compañía de seguros durante el proceso de facturación. La EOB que podría recibir de su compañía de seguros NO es una factura.

Si tiene preguntas, por favor, llámenos al (844) 384-2996 o visite [Natera.com/contactbilling](https://www.natera.com/contactbilling).

Solicitud de asistencia financiera para el paciente

Cuidado compasivo

Por favor, complete toda la información y adjunte la documentación de apoyo obligatoria. La firma del paciente es obligatoria.

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AA)
Número de teléfono	Dirección
Ciudad, Estado, Código postal	Correo electrónico

1. ¿El paciente cuenta con suficientes recursos para pagar las pruebas y/o deducible y coseguro?

- Sí - Usted es financieramente responsable del pago. No - Complete el siguiente formulario.

2. Aparte del paciente, ¿existe alguna fuente legalmente responsable de las facturas médicas del paciente?

(p. ej., Medicaid, un tutor, una agencia local de ayuda social o un programa de seguros)

- Sí - Proporcione la siguiente información. No - Continúe con la pregunta #3.

Nombre de la compañía de seguros	Dirección del seguro
I.D. de miembro	Otra fuente

3. Recursos mensuales del paciente/tutor legal

Salario	\$
Seguridad social	\$
Ayuda social	\$
Contribución familiar	\$
Ingresos de cuentas de ahorro, certificados de depósito, etc.	\$
Otro	\$
Total	\$
Número de adultos en el hogar	
Número de niños en el hogar (incluye niños que no han nacido)	

4. Indique cualquier otro gasto médico pendiente con la documentación correspondiente (es decir, estados de cuenta, recibos).

Ítems	Costos
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$

Por este medio, confirmo que la siguiente información es verdadera y correcta de acuerdo a mi leal saber y entender. Autorizo la liberación de todos los registros financieros necesarios para verificar la información anterior. Entiendo que si no cumplo con los requisitos, seré notificado por teléfono o correo electrónico, y que Natera me facturará. Por este medio, confirmo que no tengo ningún parentesco con el médico que solicitó las pruebas ni soy su empleado.

Firma del paciente/tutor legal	Nombre en letra de imprenta	Fecha (MM/DD/AA)
--------------------------------	-----------------------------	------------------

SOLO PARA USO OFICIAL

Número de caso	Resp. del pac.	Aprobado	Denegado	Nombre del rep.	Notas