

Formulario no aplicable para pacientes con seguro médico federal o estatal financiado por los EE. UU. (Por ejemplo, Medicaid, Medicaid administrado, Tricare).

Contáctenos al numero 650.460.2551 si tiene un seguro de salud federal o estatal.

INFORMACION DEL PACIENTE
Por favor rellene todos los campos sombreados

| | | | |
|---------------------------------|----------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nombre | Inicial | Apellido (s) | Fecha de Nacimiento |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Dirección de correo electrónico | Telefono | # de Personas en el hogar | Ingreso Anual Total (Pre-impuestos) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Dirección (Domicilio) | Apt / Unidad / Suite | Ciudad | Estado |
| | | | Código Postal |

NIVEL DE ASISTENCIA

Si el ingreso total anual de su hogar antes de impuestos es menor que las cantidades que se detallan a continuación, dependiendo del tamaño de su hogar, puede calificar para un precio reducido para la prueba UNITY™. Si su responsabilidad financiera de bolsillo es superior a los costos de prueba a continuación, la limitaremos a un precio reducido.

Los valores de los ingresos son antes de impuestos y se basan en las pautas de pobreza del 2019: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>. Para hogares con mas de 8 personas, comuníquese con nuestro Servicio de atención al cliente.

| # de personas en el hogar | \$0 coste de la prueba | \$149 coste de la prueba | \$299 coste de la prueba |
|-------------------------------|---|--|--|
| (incluido el embarazo actual) | si el ingreso total de su hogar es igual o menor que: | si el ingreso total de su hogar es igual o menor que | si el ingreso total de su hogar es igual o menor que |
| 2 | \$33,820 | \$67,640 | \$101,460 |
| 3 | \$42,660 | \$85,320 | \$127,980 |
| 4 | \$51,500 | \$103,000 | \$154,500 |
| 5 | \$60,340 | \$120,680 | \$181,020 |
| 6 | \$69,180 | \$138,360 | \$207,540 |
| 7 | \$78,020 | \$156,040 | \$234,060 |
| 8 | \$86,860 | \$173,720 | \$260,580 |

CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Firma y fecha

Por la presente certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa. También certifico que no tengo ningún seguro de salud federal y estatal financiado por los EE. UU. (Por ejemplo, Medicare, Medicaid, Tricare, Medicare Advantage). Comprendo y acepto que BillionToOne se reserva el derecho, en cualquier momento y sin previo aviso, de modificar el formulario de solicitud, modificar o finalizar este programa, auditar mi información o solicitar información adicional.

Firma del Paciente

Fecha

INFORMACIÓN CLÍNICA
campos sombreados deben ser rellenos

Nombre de la Clínica

Teléfono de la Clínica

Fax de la Clínica

Dirección de la clínica

INSTRUCCIONES

Complete y coloque este formulario en el cuadro junto con la muestra, o envíelo por fax al 833.915.0146..