

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 MM-DD-YYYY
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección de correo electrónico	Teléfono	# 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 <small>(incluido el embarazo actual)</small>	\$0 coste de la prueba <small>si el ingreso total de su hogar es igual o menor que:</small>	\$99 coste de la prueba <small>si el ingreso total de su hogar es igual o menor que:</small>	\$199 coste de la prueba <small>si el ingreso total de su hogar es igual o menor que:</small>	\$349 coste de la prueba <small>si el ingreso total de su hogar es igual o menor que:</small>
2	\$16,910	\$33,820	\$67,640	\$101,460
3	\$21,330	\$42,660	\$85,320	\$127,980
4	\$25,750	\$51,500	\$103,000	\$154,500
5	\$30,170	\$60,340	\$120,680	\$181,020
6	\$34,590	\$69,180	\$138,360	\$207,540
7	\$39,010	\$78,020	\$156,040	\$234,060
8	\$43,430	\$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.

<input type="text"/>
Firma del Paciente
<input type="text"/>
Fecha MM-DD-YYYY

INFORMACIÓN CLÍNICA
campos sombreados deben ser rellenos

<input type="text"/>
Nombre de la Clínica
<input type="text"/>
Teléfono de la Clínica
<input type="text"/>
Fax de la Clínica
<input type="text"/>
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. .