

## Estimado paciente:

Gracias por su interés en nuestro Programa de Asistencia Financiera para el Paciente. Rellene el formulario de solicitud adjunto. Es importante para ayudarnos a determinar si cumple con nuestros requisitos. Imprima, firme y envíe el formulario rellenado a la dirección que figura en su factura. Incluya también uno o más de los siguientes documentos necesarios:

- · una copia del formulario W2 del año pasado
- una copia de la declaración del impuesto sobre la renta del año pasado
- una copia de sus comprobantes de pago más recientes
- un documento en el que se acredite que cumple con los requisitos para acogerse a programas de ayuda locales, estatales o federales

Revisaremos su solicitud y documentos para ver si cumple las pautas del programa. Normalmente, tardamos 2 semanas en tramitar su solicitud. Por otra parte, no realice ningún pago hasta que reciba una notificación sobre el estado de su solicitud. La solicitud de aceptación en nuestro Programa de Asistencia Financiera no garantiza cargos reducidos.

Si tiene alguna otra pregunta o inquietud, no dude en comunicarse con nosotros a través de questdiagnostics.com/contactus.

Gracias por usar Quest. Esperamos poder atenderlo en el futuro.

Atentamente,

Servicio de Atención de Facturación al Paciente

## Formulario de asistencia financiera para el paciente



Número de factura	Monto \$	Aprobado	Denegado	
Solo para uso oficial:				
Fecha:				
Firma de la parte responsable:	ibi or regit			
Nombre del tutor (en letra de in	•			
	cionado con el médico que pidió las			
autorizo la publicación de to	odos y cada uno de los registros fin	ancieros que sean nece	a a mi leal saber y entender. También esarios para verificar la información anterior. a. Por medio del presente documento,	
4. Cantidad de familiares	en el hogar:			
Total:		\$		
Otros:		\$		
Ingresos de cuentas de ahorro, certificados de depósito (CD), etc.:		\$		
Contribución familiar:		\$		
Pago de efectivo/beneficios sociales:		\$		
Seguro social:		\$		
<ol><li>Recursos familiares me Salario:</li></ol>	nsuales del paciente/tutor legal:	\$		
Otra fuente:				
ID del miembro:				
Dirección:				
Nombre de la compañía de se	eguros:			
·	ta es "Sí", indique la siguiente inform	ación:		
Medicaid, agencia local de	e bienestar, tutor u otro programa o	de seguro)?	e las facturas médicas del paciente (p. ej.,	
Sí (Si la respuesta es "	'Sí", usted será el responsable del pa 'No", complete el siguiente formulari	go).	330gui 0:	
Asegúrese de adjuntar los d	ón que aparece a continuación. Se l locumentos de respaldo necesarios rsos suficientes para pagar las prue	•	·	
Números de factura:		Código de laboratorio:		
Ciudad:		Estado:	Código postal:	
Dirección:	F		Fecha de nacimiento del paciente:	
	Nombre del paciente:		Número de teléfono:	

Fecha de recepción:

## Representante del Centro de Servicio al Paciente:

QuestDiagnostics.com

Quest Diagnostics Incorporated y sus subsidiarias (Quest) cumplen con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discriminan por raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-698-1022. ATENCIÓN: Si habla español (Spanish), tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-698-1022. 注意:如果您使用繁體中文 (Chinese):您可以免費獲得語言援助服務. 請致電 1-844-698-1022.

Quest<sup>®</sup> es la marca que se utiliza para los servicios que ofrece Quest Diagnostics Incorporated y sus empresas filiales. Quest Diagnostics Incorporated y algunas filiales son laboratorios certificados según las Enmiendas para la Mejora de Laboratorios Clínicos (CLIA, por sus siglas en inglés) que proporcionan servicios cubiertos por la Ley Federal de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés). Otras filiales que operan bajo la marca Quest®, como Quest Consumer Inc., no proporcionan servicios cubiertos por la HIPAA.