

Solicitud del Programa de Asistencia Financiera

Firme y devuelva la solicitud completa a billing@artera.ai. Lo revisaremos y le haremos seguimiento poco después del envío.

NIVELES DE ASISTENCIA FINANCIERA:

Tamaño del núcleo familiar	Costo de \$0 para el paciente si el ingreso del núcleo familiar es inferior a:	Costo de \$95 para el paciente si el ingreso del núcleo familiar es inferior a:	Costo de \$190 para el paciente si el ingreso del núcleo familiar es inferior a:	Costo de \$285 para el paciente si el ingreso del núcleo familiar es inferior a:
1	\$46,950	\$62,600	\$78,250	\$93,900
2	\$63,450	\$84,600	\$105,750	\$126,900
3	\$79,950	\$106,600	\$133,250	\$159,900
4	\$96,450	\$128,600	\$160,750	\$192,900
5	\$112,950	\$150,600	\$188,250	\$225,900

PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Nombre del paciente	
Fecha de nacimiento	
Domicilio	
Ciudad	
Estado	
Código postal	
Dirección de correo electrónico	
Número de teléfono	
Nombre del médico	
Tamaño del núcleo familiar	
Ingreso del núcleo familiar	
Circunstancias atenuantes	☐ Gastos de pensión alimenticia y/o manutención de menores > \$1,000 por mes ☐ Actualmente inscrito en un seguro de discapacidad plazo con su empleador ☐ Deuda de tarjeta de crédito > \$5,000 ☐ Gastos médicos > \$5,000 ☐ Calificado para recibir atención de caridad con mi médico ☐ Pérdida permanente de ingresos debido al diagnóstico o tratamiento ☐ Otro _____

Por medio de la presente confirmo que la información anterior es exacta y completa a mi leal saber y entender. Autorizo a Artera a comprobar la información anterior, lo cual incluye contratar los servicios de una entidad externa o solicitar documentos justificativos, únicamente con el fin de evaluar mi necesidad de asistencia financiera. Comprendo que solicitar mi inscripción en este programa no garantiza que recibiré asistencia financiera. Comprendo y acepto que Artera se reserva el derecho de llevar a cabo las siguientes acciones en cualquier momento y sin notificación previa: modificar el formulario de solicitud; modificar o suspender este programa; y verificar la información que proporcioné en esta solicitud.

Firma del paciente o de la parte responsable:	
Fecha (MM/DD/AAAA):	