



Solicitud del programa de asistencia financiera

El programa de asistencia financiera de Artera (“el Programa”) está diseñado para pacientes elegibles que no están asegurados o que están asegurados con un plan de seguro comercial. Los pacientes asegurados mediante programas federales —como la parte B de Medicare, Medicare Advantage, Medicaid, el Programa de Salud para Empleados del Gobierno Federal (Federal Employee Health Program), Tricare, el Servicio de Salud Indígena (Indian Health Service) o cualquier otro programa federal— no son elegibles para participar en el Programa. **Complete y firme la siguiente solicitud para indicar que desea inscribirse en el Programa. Envíe la solicitud completada por correo electrónico a billing@artera.ai. Puede enviar una copia escaneada o una fotografía del formulario completado.**

Debe cumplir ciertos criterios para ser elegible para el Programa. Por consiguiente, necesitamos saber el tamaño de su núcleo familiar (la cantidad de personas que viven en su hogar) y el ingreso de su núcleo familiar. El ingreso total de su núcleo familiar incluye los siguientes ingresos de TODOS los integrantes de su hogar: salario bruto (sus salarios antes de impuestos), compensación por desempleo, compensación por discapacidad, indemnización por accidentes laborales, beneficios de seguridad social o de seguridad de ingreso suplementario (SSI), asistencia social (TANF, SNAP, etc.), pensión/jubilación, dividendos/intereses, alquileres/regalías, subvención por desempleo o compensación a trabajadores, pensión alimenticia u otros activos.

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

Después de que se haya procesado su solicitud, un integrante del equipo de facturación de Artera se comunicará con usted para informarle si es elegible para el programa y cuál sería el gasto que tendría que hacer de su bolsillo por *ArteraAI Prostate Test* conforme al Programa. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su solicitud, escriba al departamento de facturación de Artera a billing@artera.ai.

PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Nombre del paciente (apellido, nombre):	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):
Domicilio:	Ciudad:
Estado:	Código postal:
Número de teléfono principal:	
Dirección de correo electrónico:	
Nombre del médico:	
Tamaño del núcleo familiar:	Ingreso del núcleo familiar:

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. Además, declaro que me comprometo a no solicitar un reembolso ni un crédito por esta prueba a ninguna aseguradora, organización para el mantenimiento de la salud o programa gubernamental ni a ninguna otra fuente de asistencia financiera.

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