

Información Del Paciente

Número de cuenta	
Apellido y nombre del paciente	
Nombre completo del afiliado	Relación con el paciente
Dirección del paciente	Ciudad / Estado / Código Postal
Número del teléfono	Dirección de correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico
Fecha de Nacimiento	Método de contacto preferido
\$	
Ingresos totales anuales de toda la familia (Incluyendo cabeza de familia)	Número de miembros de la familia

Proporcione una de las siguientes formas de documentación

- La primera página de su declaración de impuestos federales más reciente (Formulario 1040), o
- Recibo de sueldo reciente para cada asalariado miembro de familia, o
- Otra evidencia del ingreso de la unidad familiar

Certificaciones

- La información presentada y proporcionada para esta solicitud está completa y verificada.
- Entiendo que completar este formulario no garantiza asistencia financiera.
- Certifico que pagar los exámenes de NeoGenomics causaría dificultades financieras.
- Entiendo que este programa está sujeto a cambios o terminación por NeoGenomics.

Autorizaciones

- Autorizo a NeoGenomics a usar la información en esta solicitud para evaluar mi elegibilidad para el programa de asistencia financiera de NeoGenomics
- Autorizo a NeoGenomics a contactarme directamente con respecto a esta aplicación.
- Entiendo que estas autorizaciones, que son necesarias para participar en este programa, pueden ser canceladas en cualquier momento enviando una carta a NeoGenomics.

Certifico que he leído y entiendo las certificaciones y autorizaciones anteriores y que estoy de acuerdo con los términos anteriores, como se indica la firma a continuación:

Firma del paciente	Fecha de la firma (requerido)
Firma del garante	Fecha de la firma (requerido)

Enviar por correo a:

NeoGenomics Laboratories, Inc.
P.O. Box 947586, Atlanta, GA 30394-7586
Phn: 866.776.5907 Fax: 239.690.4237

PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE FACTURACIÓN SOLAMENTE
Aprobado por:
Fecha: