

Gracias por su interés en nuestro Programa de Asistencia Financiera. Para los pacientes o responsable que son elegibles, HealthTrack puede ofrecer un descuento o una eliminacion total de los cargos por sus pruebas de laboratorio. Para aplicar al programa, llene formulario que esta abajo y proporcione al menos uno de los documentos ingresos.

Los formularios se considerarán caso por caso. Una vez que recibamos la solicitud completa y los documentos requeridos, tiene que esperar por lo menos 2 semanas para el procesamiento. Para solicitar asistencia financiera no garantiza cargos reducidos. No haga ningun pago hasta que reciba una notificación sobre el estado de su aplicacion.

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame a HealthTrack al **844-218-3097**.
Envíanos un email a **patientinquiries@HealthTrackRx.com**.

1. Información del Apicante

Nombre del Apicante (Apellido, Nombre Primero, Inicial de su Segundo Nombre)			Fecha de Nacimiento	
Dirección Postal		Ciudad	Estado	Código Postal
Correo Electrónico	Número de Teléfono	Relación con el paciente (De quien fue hecho la prueba) ☐ Mismo ☐ Esposo/a ☐ Madre/Padre/Tutor ☐ Otro _____		
Identificación de Prueba de Laboratorio (Proporcionar al menos UNO)				
Número de Cuenta:	Identificación del Muestra (SID):	Nombre de Paciente & Fecha de Nacimiento ☐ El mismo de aplicante		

2. Información Ingreso

A. ¿Tiene algun seguro médico? Si es así, por favor proporcione:

Nombre del Seguro	Número de Poliza o Miembro	Número de Grupo	Número de Teléfono del Proveedor
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____

B. ¿Cuál es el ingreso anual de su hogar?
(Por favor incluir todo los recursos de ingros, incluido pero no limitado al salario, Seguro social, WIC/SNAP(coupones de alimento)/discapacitado/otros programas de beneficios, Ingreso de retiro o otras cuentas de ahorros o manuntencion de un nino)

C. Número de miembros de la familia:

\$ _____

3. Documentos Financieros

Para ser considerado, presentar documentos que acrediten los ingresos. Por favor envíe copias de los documentos con este formulario. Los documentos no serán devueltos. **No envíe copias originales.**

Los documentos aceptables son los siguientes. Indique qué documentos está proporcionando con este formulario:

☐ Declaración de impuestos ☐ Formulario W-2 ☐ Talón de pago reciente ☐ Cheque de Seguridad Social, Desempleo o otros programas de beneficios

☐ Otro (Describa): _____

4. Atestación de Apicante

Entiendo que la información que envío será verificada, y doy permiso a HealthTrack para verificar y utilizar esta información para determinar mi elegibilidad. Entiendo que si no califico, puedo ser responsable del pago de las facturas emitidas por HealthTrack.

Firma de Apicante: _____ Fecha: _____

HEALTHTRACK ONLY

☐ APPROVED
☐ DENIED

Reviewed By: _____
Date: _____