

# Solicitud de ayuda financiera para la elaboración de perfiles tumorales



Envíe este formulario por correo electrónico a PatientNavigator@CarisLS.com o por fax al 866-479-4925.

DATOS DEL PACIENTE		
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Fecha de nacimiento
Teléfono	Correo electrónico	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

INFORMACIÓN DEL HOGAR	
Número de personas en el hogar (incluido usted)	
Total de ingresos brutos anuales del hogar	
<input type="checkbox"/> \$0-\$9,999	<input type="checkbox"/> \$10,000-\$19,999
<input type="checkbox"/> \$60,000-\$69,999	<input type="checkbox"/> \$70,000-\$79,999
<input type="checkbox"/> \$120,000-\$129,999	<input type="checkbox"/> \$130,000-\$139,999
<input type="checkbox"/> \$20,000-\$29,999	<input type="checkbox"/> \$80,000-\$89,999
<input type="checkbox"/> \$30,000-\$39,999	<input type="checkbox"/> \$90,000-\$99,999
<input type="checkbox"/> \$40,000-\$49,999	<input type="checkbox"/> \$100,000-\$109,999
<input type="checkbox"/> \$50,000-\$59,999	<input type="checkbox"/> \$110,000-\$119,999
<input type="checkbox"/> > \$150,000	

INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO Y EL CENTRO QUE LO SOLICITA	
Nombre de la oficina/institución	
Médico ordenante	
Teléfono del médico	Correo electrónico del médico

MOTIVO DE LA SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

**Contamos con descuentos por pronto pago y planes de pago con descuento. Llame o envíe un correo electrónico a su Asesor de pacientes de Caris para obtener más información.**

Teléfono (888) 979-8669  
Correo electrónico: PatientNavigator@CarisLS.com

*Certifico que la información que he proporcionado en este formulario es exacta y completa. Autorizo a Caris Life Sciences a utilizar mi información para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera o según lo permitido por la ley. El envío de este formulario no constituye una aprobación o garantía de elegibilidad para recibir servicios con descuento. Las pautas para proporcionar asistencia por dificultades económicas pueden cambiar o el programa puede ser suspendido sin previo aviso.*

Nombre del paciente (en letra de imprenta)	Firma	Fecha
--	-------	-------