



**MYRIAD**®

## Solicitud del Programa de Asistencia Financiera Myriad

El Programa de Asistencia Financiera Myriad (en adelante “el Programa”) está disponible únicamente para aquellos pacientes sin seguro médico y que a la vez cumplen con los requisitos médicos y financieros descritos a continuación. Tanto los solicitantes como sus proveedores de atención médica deben completar las secciones correspondientes para que el paciente pueda participar en el Programa. Nota: Una solicitud incompleta demorará su tramitación.

### Sección para el PACIENTE:

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	No. de Seguro Social	Fecha de nacimiento

- Por la presente certifico que no dispongo de seguro médico de ningún tipo, incluyendo programas subvencionados con fondos federales o estatales (i.e. Medicare, Medicaid).
- Certifico que mi ingreso familiar anual bruto es de \$ \_\_\_\_\_. Mi grupo familiar está integrado por \_\_\_\_\_ personas. Se requiere adjuntar documentación que justifique los ingresos declarados en esta solicitud para poder participar en este Programa. Como documentación justificativa debe presentarse el Formulario 1040 del Servicio de Rentas Internas (IRS). Si no está disponible el Formulario 1040 publicado por el IRS, envíe una carta breve que explique la fuente de sus ingresos y el motivo por el cual no pudo acceder a un Formulario 1040 del IRS.
- Por la presente certifico que mi ingreso familiar anual bruto es equivalente a —o incluso menor que— las pautas para definir el nivel de estado financiero establecidas por Myriad Genetic Laboratories, Inc. Esta información está disponible en el siguiente sitio Web: [www.myriadtests.com/provider/reimr.htm](http://www.myriadtests.com/provider/reimr.htm).

*Por la presente certifico que la información proporcionada por mí o por mi representante legal es verdadera y precisa. Declaro haber leído y entendido los requisitos del Programa de Asistencia Financiera Myriad. Entiendo y acepto que Myriad Genetic Laboratories, Inc. se reserva el derecho —en cualquier momento y sin notificación previa— de modificar el formulario de solicitud, de modificar o dar por finalizado el presente Programa y de verificar la información que suministré en esta solicitud. Asimismo certifico y acepto que no procuraré el reembolso o crédito por esta prueba a empresas aseguradoras, organizaciones del mantenimiento de la salud, programas gubernamentales ni otra fuente de asistencia financiera.*

\_\_\_\_\_  
Firma del/de la paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta

### Sección para el PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

- He adjuntado un Formulario de Solicitud de Prueba Myriad (TRF, por sus siglas en inglés) preciso y completo. La muestra del/de la paciente debe acompañar el Formulario de Solicitud de Prueba y esta solicitud ya completada.
- Declaro haber verificado que este/a paciente cumple con los criterios médicos para la(s) prueba(s) solicitada(s) en el Formulario de Solicitud de Prueba. Los criterios médicos e información detallada sobre el programa están disponibles en el siguiente sitio Web: [www.myriadtests.com/provider/reimr.htm](http://www.myriadtests.com/provider/reimr.htm).

*En mi carácter de profesional médico que brinda atención médica a este/a paciente, por la presente certifico que la información proporcionada por mí es verdadera y precisa.*

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor de atención médica

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta

**Myriad Genetic Laboratories, Inc., 320 Wakara Way, Salt Lake City, UT, 84108**

**Tel.: (800) 469-7423, Fax: (801) 584-3615**

Myriad y el logotipo de Myriad son marcas comerciales o marcas registradas de Myriad Genetics, Inc. en los Estados Unidos y en otras jurisdicciones

Adoptado el 15 de febrero de 2009