



Muchas gracias por su interés en nuestro programa de asistencia financiera. siParadigm se compromete a ofrecer servicios de laboratorio excepcionales, independiente de su habilidad para pagar. Nosotros también estamos obligados a cumplir con las pautas y regulaciones establecidas por compañías de seguros.

Nuestro departamento de facturación puede ofrecer soluciones para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente según sus circunstancias individuales. Ofrecemos descuentos por pronto pago, pagos a plazos mensuales y por dificultades financieras que pueden ajustar parte o toda su responsabilidad por nuestros servicios.

Por favor comuníquese con nuestros dedicados representantes de servicio para conversar sobre sus opciones de pago o ver si califica para nuestra asistencia financiera.

Para aplicar por asistencia por favor revise las pautas de pobreza adjuntas y complete el formulario del Programa de Asistencia Financiera, incluyendo su número de caso, y envíanoslo por correo o correo electrónico. Un miembro de nuestro equipo se pondrá en contacto con usted una vez que lo hayamos recibido.

Fap.billing@siparadigm.com

Llama 1-888-599-5227 y elija la opción de facturación

Correo a:

SiParadigm LLC
25 Riverside Drive Ste 2
Pine Brook, NJ 07058



SiParadigm Solicitud del Programa de Asistencia Financiera

Por favor complete la siguiente información por los exámenes ordenados por su proveedor de salud en siParadigm.

Estoy solicitando (Elija uno):

- Asistencia Sin Seguro:** No tengo seguro de salud médico. Si cumple con los criterios de bajos ingresos, entiendo que el costo de mi examen se limitará a \$0.00 si mi ingreso es 2 veces el nivel federal de pobreza (FPL); \$100 si mi ingreso es 2-3X FPL; \$250 si mi ingreso es 3-4X FPL
- Asistencia con Seguro Insuficiente:** Actualmente tengo cobertura médica con _____ y he entregado toda la información de mi póliza actual a la oficina de mi médico para que lo envíen con el formulario de prueba. Si cumple con los criterios de bajos ingresos para la prueba ordenada por mi proveedor, entiendo que cualquier gasto de mi bolsillo que resulte de mi reclamo de seguro médico se limitará a la cantidad indicada arriba en Asistencia Sin Seguro.

Número de miembros familiares en el hogar que son sostenidos por el ingreso indicado a continuación: _____

Ingreso Bruto Anual del Hogar: \$_____ (Nota: Esta cantidad incluye lo siguiente para todos los miembros de su hogar: salario bruto, compensación por desempleo, compensación por discapacidad, seguro social, beneficios suplementarios, asistencia pública (TANF, SNAP, etc.) Como documentación de apoyo, envíe una copia de la primera página de su declaración de impuestos más reciente (Formulario 1040, 1040A o 1040ez del IRS) o documentación que resuma y respalde los ingresos, como un W2. Si no puede enviar la documentación, describa brevemente sus fuentes de ingresos y por qué su declaración de impuestos no está disponible y por qué el pago de esta factura le impondrá una dificultad financiera.)

Fecha _____ Firma del Paciente/Guardián legal _____

Número de caso: _____ Imprimir nombre _____

Certifico que la información presentada por mí o por mi representante legal es verdadera y precisa. He leído y entiendo los requisitos del Programa de Asistencia Financiera de siParadigm y entiendo que siParadigm LLC reserva el derecho en cualquier momento y sin previo aviso de modificar el formulario de solicitud; de modificar o terminar este programa, y de auditar la información que he presentado con esta solicitud.

Criterios Financieros 2024 (Pautas de Pobreza del HHS)

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE Pacientes con un ingreso familiar hasta los montos mostrados a continuación, que cumplan con todos los otros requisitos de elegibilidad, tendrán una responsabilidad máxima de desembolso del monto que se muestra en la parte superior de la columna.

1X Poverty: \$0.00	2X Poverty: \$0.00	3X Poverty: \$100.00	4X Poverty: \$250.00
-----------------------	-----------------------	-------------------------	-------------------------

Family Size - Tamaño de familia

1	\$15,060.00	\$30,120.00	\$45,180.00	\$60,240.00
---	-------------	-------------	-------------	-------------

Family Size - Tamaño de familia

2	\$20,440.00	\$40,880.00	\$61,320.00	\$81,760.00
---	-------------	-------------	-------------	-------------

Family Size - Tamaño de familia

3	\$25,820.00	\$51,640.00	\$77,460.00	\$103,280.00
---	-------------	-------------	-------------	--------------

Family Size - Tamaño de familia

4	\$31,200.00	\$62,400.00	\$93,600.00	\$124,800.00
---	-------------	-------------	-------------	--------------

Family Size - Tamaño de familia

5	\$36,580.00	\$73,160.00	\$109,740.00	\$146,320.00
---	-------------	-------------	--------------	--------------

Family Size - Tamaño de familia

6	\$41,960.00	\$83,920.00	\$125,880.00	\$161,120.00
---	-------------	-------------	--------------	--------------

Family Size - Tamaño de familia

7	\$47,340.00	\$94,680.00	\$142,020.00	\$189,360.00
---	-------------	-------------	--------------	--------------

Family Size

8	\$52,720.00	\$105,440.00	\$158,160.00	\$210,880.00
---	-------------	--------------	--------------	--------------

Family Size - Tamaño de familia

9	\$58,100.00	\$116,200.00	\$174,300.00	\$232,400.00
---	-------------	--------------	--------------	--------------

Family Size - Tamaño de familia

10	\$63,480.00	\$126,960.00	\$190,440.00	\$253,920.00
----	-------------	--------------	--------------	--------------