



# Solicitud de asistencia económica de **AveroCares**

Avero Diagnostics ofrece asistencia económica con base en los lineamientos que establece el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., lo cual podría reducir su saldo adeudado. Obtenga más información en [averodx.com/cares](http://averodx.com/cares).



Si tiene preguntas, llame al **844.745.8249**.

- ▶ No se garantiza la disponibilidad del programa, que podría estar limitado o no estar disponible en ciertos estados o bajo ciertos planes de seguro de salud.
- ▶ No realice ningún pago hasta que se le haya notificado el estado de su solicitud.

Nombre del paciente ↓	Fecha de nacimiento del paciente
Nombre de la parte responsable (si no es el paciente)	Número telefónico
Números de factura	
Número de miembros de la familia en la casa	Estado de residencia
Ingresos brutos familiares anuales	

Adjunte UNO de los documentos siguientes para comprobar los ingresos de la casa (requisito)

- Un duplicado de su talón o sus talones de pago más recientes
- Un duplicado de la declaración del impuesto sobre la renta del último año
- Un duplicado de la forma W2 del Servicio de Impuestos Internos (IRS) del último año
- Un comprobante indicativo de que es elegible para recibir asistencia gubernamental o de programas de desempleo

Otra información que desee proporcionar

Por la presente, declaro que la información precedente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. También autorizo la divulgación de cualquier registro financiero necesario para verificar la información precedente. Entiendo que el envío de esta solicitud no garantiza la aprobación de la asistencia económica.

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

### Envíe este formulario y la documentación requerida a:

Avero Financial Assistance  
P.O. Box 3951  
Sarasota, FL 34230-3951

O envíela por fax al: **941-256-7781**