



Solicitud para ingresar en el

Programa de Asistencia para Pacientes de Bajos Recursos de Cypress

Es necesario que usted llene este solicitud para que Cypress Bioscience, Inc. pueda determinar si usted es un candidato para el Programa de Asistencia para Pacientes de Bajos Recursos de Cypress. Cypress respeta su derecho a la confidencialidad de su información personal, y no la compartirá con otras compañías, representantes comerciales o agencias gubernamentales. Cypress podrá usar información no identificable, como sexo, región o edad, para determinar formas de mejorar sus servicios. Cypress mantendrá su información bajo la más estricta confidencialidad.

Nombre y apellido del paciente: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Sexo: M F Fecha de nacimiento: _____ (mes/día/año)

Número de Seguro Social: _____

Si tiene seguro medico, ¿ha recibido usted alguna explicación de beneficios de su seguro para la prueba diagnóstica de Cypress? SÍ NO

Si respondió sí, ¿cuál fue el resultado?: _____

Si usted necesita ayuda con las reclamaciones, o tiene cualquier pregunta, llame al departamento de facturación de Cypress (888-452-1522).

Ingresos anuales del hogar (incluya los ingresos suyos y de su cónyuge): _____

Número de personas a su cargo (inclúyase a usted, su cónyuge, hijos y otras personas que viven con usted y que dependen de sus ingresos): _____

Al firmar al pie y pedir inscripción en el Programa de Asistencia para Pacientes de Bajos Recursos de Cypress, usted certifica que la información previa es veraz y precisa.

Firma del paciente (o tutor legal si el paciente es un menor) Nombre en letra de imprenta Fecha

Sírvase proporcionar la siguiente información a Cypress Bioscience, Inc., Attention: Billing Manager, 9393 Towne Centre Drive, Suite 140, San Diego, CA 92121:

1. Su solicitud completa (arriba), y
2. Prueba de ingresos (copias de su formulario de impuestos federales, Formulario 1040 ó 1040EZ cubriendo el último año y documentos recientes que muestren sus ingresos, tales como copia del talón de un cheque de nómina, formulario W-2, cualquier declaración de intereses o dividendos recibidos).

Tome nota de que, si está cubierto por un seguro, Cypress no podrá renunciar a los montos deducibles o requisitos porciones que le corresponde según su póliza. Por consiguiente, cualquier ayuda que pueda recibir bajo este programa estará sujeta a que usted haga esos pagos requeridos. Este programa no es un seguro y no intenta sustituir seguro alguno.

23/12/08

2008 Cypress Bioscience, Inc. Todos los derechos reservados.