



Formulario de exención de la evaluación de detección de gotas de sangre seca de la División de Genética y Evaluación del Recién Nacido de Pensilvania (Division of Newborn Screening and Genetics, DNSG)

Con la implementación de la Ley 133 de 2020, que entra en vigor el 24 de mayo de 2021, ahora se requiere la detección de las afecciones que anteriormente figuraban en el panel de detección suplementario para todos los bebés nacidos en el estado. Los clientes de los hospitales de partos de Pensilvania, las parteras de partos en casa y los centros de partos independientes pueden utilizar el formulario de exención del DNSG para cubrir el costo de las pruebas de detección de estas afecciones si se identifica una dificultad financiera. Para ser elegible para recibir una exención, el remitente debe revisar los lineamientos de pobreza establecidos por el gobierno federal con su cliente y completar la información de este formulario en su totalidad. El remitente/proveedor también debe atestiguar que el proveedor procurará y cobrará el pago de todos los terceros pagadores que puedan estar legalmente obligados a pagar por la evaluación del recién nacido, lo que incluye, entre otros, a las aseguradoras o Medicaid. El Proveedor acepta que el pago cobrado a los terceros pagadores constituye el pago total, y no presentará esta solicitud de exención con el fin de reducir el pago adeudado por los terceros pagadores. Reconozco que he leído este documento, o que me lo han leído. Entiendo que mi firma significa que he revisado los lineamientos federales de pobreza y que soy elegible para dicha exención. **El remitente debe enviar el formulario de exención completo a Revvity Omics con el papel de filtro PA inicial para ser elegible para la exención.**

Lineamientos federales de pobreza

PERSONAS EN LA FAMILIA/HOGAR	1	2	3	4	5	6	7	8
LINEAMIENTOS DE POBREZA	\$15,060	\$20,440	\$25,820	\$31,200	\$36,580	\$41,960	\$47,340	\$52,720
*Para hogares/familias con más de 8 personas, añada 5,140 dólares por cada persona adicional								

Firma del padre/tutor		Nombre en letra de imprenta	
Relación con el bebé		Fecha	Número de teléfono
Nombre del bebé (nombre, segundo nombre, apellido)			Fecha de nacimiento
Dirección postal de los padres/tutores		Ciudad	Estado Código postal
Nombre de la consulta de obstetricia y código del remitente			
Número de papel de filtro DBS			
Firma de la partera			

Devuelva el formulario completo junto con la muestra de evaluación de detección neonatal a:

Revvity Omics
250 Industry Drive
Pittsburgh, PA 15275