



आर्थिक सहायता का सारांश  
**BANNER HEALTH (BH) के स्वामित्व और  
संचालन वाले सभी अस्पतालों का कार्यक्रम**

**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAMS AT ALL  
HOSPITALS OWNED AND OPERATED BY BANNER HEALTH (BH)**

Banner Health चिकित्सा रूप से निर्धन, अधूरा बीमा रखने वाले, और बिना बीमा वाले मरीजों को वित्तीय सहायता कार्यक्रम प्रदान करता है। यह नीति केवल Banner अस्पतालों पर लागू होती है और अन्य Banner Health सुविधाओं जैसे ASC (एंजुलेटरी सर्जरी सेंटर), इमेजिंग, या आपातकालीन देखभाल केंद्रों पर लागू नहीं होती है। ऐसे मरीज जिनके पास तीसरे पक्ष का बीमा नहीं है और जो किसी सरकारी बीमा योजना में शामिल नहीं हैं, उन्हें बिना बीमा वाले मरीज कहा जाता है। प्रारंभ में, बिना बीमा वाले मरीजों से उन सेवाओं के लिए स्वयं-भुगतान दर पर शुल्क लिया जाता है जो कवर की गई हैं। अधूरी बीमा वाला मरीज का अर्थ ऐसा मरीज है जिसके पास तृतीय-पक्ष बीमा कवरेज तो है, लेकिन उसे वित्तीय बाधाएं हैं, जैसे कि डिडक्टिबल्स, सह-भुगतान और सह-बीमा, और जिसकी अपनी जेब से होने वाली खर्चीले राशि उसकी वित्तीय क्षमता से अधिक है। चिकित्सा रूप से निर्धन मरीज का मतलब है वह परिवार जिसकी पिछले 12 महीनों में चिकित्सा खर्च हुए हैं, और जिसमें परिवार द्वारा उठाए गए खर्च उस साल की कुल आय का 50% से अधिक हैं। सभी चिकित्सा खर्चों को ध्यान में रखा जाता है, जिसमें बैनर हेल्थ से संबंधित खर्च भी शामिल हैं, यह तय करने के लिए कि क्या परिवार चिकित्सा रूप से निर्धन परिवार के रूप में योग्य है।

यदि आप बिना बीमा वाले मरीज हैं और संघीय गरीबी स्तर के दिशा-निर्देशों के आधार पर वित्तीय सहायता कार्यक्रम की आवश्यकताओं को पूरा नहीं करते हैं, तो आप रियायती दर के लिए पात्र हो सकते हैं। रियायती देखभाल की शर्तों के अनुसार, आपसे 1.25 x AGB (सामान्यतः बिल की जाने वाली राशि) शुल्क लिया जाएगा, जो उस औसत राशि पर आधारित है जिसे निजी स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं और Medicare (साथ ही आपकी सह-भुगतान और कटौती योग्य राशि) द्वारा अस्पताल को भुगतान किया गया होता यदि आपके पास बीमा होता।

यदि आप बिना बीमा वाले मरीज हैं, तो आप Banner Health वित्तीय सहायता के पात्र होंगे (1) यदि आपकी वार्षिक घरेलू आय और घरेलू आकार संघीय गरीबी स्तर के 400% या उससे कम है और आपके पास अस्पताल के पूर्ण शुल्क का भुगतान करने के लिए अन्य संपत्ति नहीं है, और (2) यदि अस्पताल द्वारा अनुरोध किया जाए, तो आप Medicaid/AHCCCS के लिए आवेदन करते हैं, आवेदन और निर्धारण प्रक्रिया में पूर्ण सहयोग करते हैं, या उचित रूप से आवेदन प्रक्रिया को पूरा करने में असमर्थ हैं, और Medicaid/AHCCCS कवरेज के लिए मना कर दिए जाते हैं।<sup>1</sup>

अगर आप एक कम बीमाकृत मरीज हैं, तो आप बीमा क्लैम के पश्चात कम बीमाकृत/शेष राशि के लिए BH आर्थिक सहायता के लिए अर्हता प्राप्त कर सकते हैं। आपको मुआवजे के लिए आवेदन करना होगा और आर्थिक सहायता नीति व संघीय गरीबी स्तर दिशानिर्देशों, दोनों में दिए गए अस्पताल बकाया राशि की जरूरतों को पूरा करना होगा।

यदि आप Banner Health वित्तीय सहायता के पात्र हैं, तो आपसे किसी भी परिस्थिति में आपातकालीन सेवाओं या अन्य चिकित्सा आवश्यक सेवाओं के लिए सामान्यतः बिल किए गए राशि से अधिक शुल्क नहीं लिया जाएगा। इसके अतिरिक्त, आपातकालीन सेवाएं प्राप्त करने के लिए आपसे कभी भी अग्रिम भुगतान या अन्य भुगतान व्यवस्था की मांग नहीं की जाएगी। हालांकि, गैर-आपातकालीन सेवाएं प्राप्त करने के लिए, अधिकांश स्थितियों में आपसे एक अनुमानित राशि के आधार पर अग्रिम भुगतान जमा करने या अन्य भुगतान व्यवस्था करने की आवश्यकता होगी।

Banner Health वेबसाइट [Bannerhealth.com](http://Bannerhealth.com) पर अस्पताल की आर्थिक सहायता नीति, बिल और संचयन नीति, और आवेदन पत्रों की एक प्रति मुफ्त में उपलब्ध है। इस सारांश का स्पैनिश अनुवाद, अस्पताल की आर्थिक सहायता और बिल नीतियां, और आवेदन पत्र बैनर पर और अस्पताल की वेबसाइट पर और अस्पताल के दाखिल करने के स्थान पर उपलब्ध है। प्रतियां बैनर मरीज आर्थिक सहायता सेवाएं (888) 264-2127 पर संपर्क करके मेल द्वारा भी उपलब्ध होती हैं। बैनर मरीज आर्थिक सेवाएं कर्मचारी आर्थिक सहायता कार्यक्रमों, आवेदन प्रक्रिया से संबंधित सवालों के जवाब देने, और जानकारी देने के लिए उपलब्ध है और गैरलाभकारी संस्थाएं और सरकारी एंजेंसियां जो कि इन आवेदनों के विषय में सहायता कर सकती हैं। अगर आपका कोई अन्य सवाल है तो कृपया (888) 264-2127 पर संपर्क करें।

<sup>1</sup>NHSC द्वारा स्वीकृत स्थानों पर लागू नहीं होता है, जिनमें शामिल हैं: Fallon, NV, Fernley, NV, Susanville, CA, Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ, Maricopa, AZ, Torrington, WY, और Wheatland, WY

Banner Patient Financial Services  
PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711  
[BannerFAApplications@bannerhealth.com](mailto:BannerFAApplications@bannerhealth.com)

**DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD**



## **SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAMS AT ALL HOSPITALS OWNED AND OPERATED BY BANNER HEALTH (BH)**

Banner Health offers Financial Assistance Programs to Uninsured, Underinsured and Medically Indigent patients. This policy only applies to Banner hospitals and not to other BH facilities such as ASCs, imaging, or urgent care. An Uninsured Patient means a patient without Third-Party Insurance and who is not enrolled in a government insurance program. Uninsured Patients are initially charged the Self-Pay Rate for Covered Services. An Underinsured Patient means a patient with Third-Party Insurance coverage, but with financial limitations or co-responsibility, including deductibles, co-payments, and co-insurance, has out-of-pocket expenses that exceed his/her financial abilities. A Medically Indigent Patient means a household with medical expenses incurred during the previous 12 months, where the portion for which the household is responsible exceeds 50% of the household's total income for that year. For the purposes of determining whether a household is a Medically Indigent Household, all medical expenses are included, including non-BH medical expenses.

If you are an Uninsured patient, you may qualify for a discounted rate if you do not meet the qualifications for the Financial Assistance Program based on Federal Poverty Level guidelines. Qualification for the discounted care means, you will be charged 1.25 x AGB (Amounts Generally Billed,) which is based upon the average of the amounts that would have been paid to the Hospital by private health insurers and Medicare (and co-pays and deductibles) for the medically necessary services you receive if you had been insured.

If you are an Uninsured patient, you will qualify for BH Financial Assistance (1) if you have an annual household income and household size that is equal to or less than 400% of the Federal Poverty Level and lack other assets to pay the Hospital's full charges and, (2) if requested to do so by the Hospital, you apply for Medicaid/ AHCCCS, fully cooperate in the application and determination process, or are unable to reasonably complete the application process, and are denied Medicaid/AHCCCS coverage.<sup>1</sup>

If you are an Underinsured patient, you may qualify for BH Financial Assistance for Underinsured/Balance After Insurance discount. You will need to apply for consideration and meet both Hospital bill balance requirements stated in the Financial Assistance Policy and Federal Poverty Level guidelines.

If you qualify for BH Financial Assistance, you will in no case be charged more than Amounts Generally Billed for emergency services or other medically necessary services. In addition, you will never be required to make advance payment or other payment arrangements to receive emergency services. However, to receive non- emergent services, you will be required in most situations to make a substantial advance deposit or other payment arrangements based upon an estimate of the Amounts Generally Billed.

A free copy of the hospital's financial assistance policy, the billing and collections policy, and the application forms are available on the Banner Health website at [Bannerhealth.com](http://Bannerhealth.com). Spanish translation of this Summary, the Hospital's financial assistance and billing policies, and the applications forms are available on the Banner and Hospital websites and in the hospital's Admitting area. Copies are also available by mail by contacting Banner Patient Financial Services at (888) 264-2127. The Banner Patient Financial Services staff is available to answer questions and provide information about the Financial Assistance Programs, the application process and nonprofit organizations and government agencies that can assist with these applications. Please contact (888) 264-2127 if you have further questions.

<sup>1</sup> Not applicable to NHSC approved locations, including: Fallon, NV, Fernley, NV, Susanville, CA, Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ, Maricopa, AZ, Torrington, WY, and Wheatland, WY

Banner Patient Financial Services  
PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711  
[BannerFAApplications@bannerhealth.com](mailto:BannerFAApplications@bannerhealth.com)

**DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD**



आर्थिक सहायता का सारांश  
BANNER HEALTH (BH) के स्वामित्व और  
संचालन वाले सभी अस्पतालों का कार्यक्रम

SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAMS AT ALL  
HOSPITALS OWNED AND OPERATED BY BANNER HEALTH (BH)

यहां भेजें: बैनर हेल्थ c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	वर्तमान तारीख: मरीज का नाम: जन्म तिथि: सुविधाएं: सेवा की तिथि:
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

दिशानिर्देश: आवेदन को पूरा भरें और उसमें निम्नलिखित दस्तावेज शामिल करें और उपरोक्त पते या ईमेल पर भेजें।

\*\*NHSC स्थानों के लिए लागू नहीं है, जिनमें शामिल हैं:

Fallon, NV, Fernley, NV, Susanville, CA Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ and Maricopa, AZ, Torrington, WY और Wheatland, WY

● आय का साक्ष्य। स्वीकार्य दस्तावेजों में शामिल हैं:

- यदि आप वर्तमान में कार्यरत हैं, तो पिछले तीन (3) सबसे हाल के लगातार पेरोल स्टब्स (रोगी, गारंटर और पति/पत्नी)
- की प्रतियां। यदि स्व-नियोजित हैं, तो संघीय कर फॉर्म अनुसूची सी की एक प्रति या आय और व्यय का अन्य प्रमाण
- अगर सेवानिवृत्त हैं और/या सामाजिक सुरक्षा प्राप्त कर रहे हैं, एक SSA 1099 फॉर्म या अनुदान पत्र की प्रतिलिपि\*\*
- अगर बेरोजगार हैं, तो पिछले वर्ष की संघीय आयकर रिटर्न की प्रतिलिपि, बेरोजगारी भत्ता अनुदान पत्र या आय का स्व-घोषित पत्र।\*\*
- राज्य या सरकारी सहायता का निर्धारण (Medicaid/AHCCCS)\*\*
- यदि अनुरोध किया गया है, तो गैर-बैनर चिकित्सा बिलों की प्रतियां\*\*

**आवेदनकर्ता की जानकारी**

आवेदक/जमानती का नाम: \_\_\_\_\_ सामाजिक सुरक्षा नंबर:\*\* \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_

जन्म तिथि: \_\_\_\_\_

फ़ोन नंबर: \_\_\_\_\_

नियोक्ता: \_\_\_\_\_ रोजगार की स्थिति: \_\_\_\_\_

रोजगार की अवधि: \_\_\_\_\_ रोजगारी की तिथि/अवधि: \_\_\_\_\_

**जीवनसाथी या सहभागी की जानकारी**

नाम: \_\_\_\_\_

नियोक्ता: \_\_\_\_\_ रोजगार की स्थिति: \_\_\_\_\_

जन्म तिथि: \_\_\_\_\_

फ़ोन नंबर: \_\_\_\_\_

**आश्रित और/या घरेलू आकार की जानकारी**

नाम:	संबंध:	जन्मतिथि: (mm/dd/yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

**अन्य आय**

**विवरण:**

विवरण:	मासिक धनराशि:
1.	\$
2.	\$

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD



**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE  
PROGRAMS AT ALL HOSPITALS OWNED AND  
OPERATED BY BANNER HEALTH (BH)**

Return to: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	Current Date: Patient Name: Birth Date: Facility: Date of Svc:
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

Instructions: Complete application and include the following documentation and return to address or email above.

\*\*Not applicable for NHSC locations including:

Fallon, NV, Fernley, NV, Susanville, CA Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ and Maricopa, AZ, Torrington, WY and Wheatland, WY

- Proof of income. Acceptable documents include:
  - If currently employed, copies of last three (3) most recent consecutive payroll stubs (patient, guarantor and spouse)
  - If self-employed, a copy of Federal tax form Schedule C or other proof of income and expenses
  - If retired and/or receiving Social Security, a copy of SSA 1099 form or reward letter\*\*
  - If Unemployed, a copy of your prior year's federal income tax return, unemployment reward letter or self-declaration of income letter.\*\*
  - Determination of State or government assistance (Medicaid/AHCCCS)\*\*
  - If requested, copies of non-Banner medical bills\*\*

**Applicant Information**

Applicant/Guarantor Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number:\*\* \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Birth Date: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Employment Status: \_\_\_\_\_

Length of Employment: \_\_\_\_\_ Unemployed Date/Length: \_\_\_\_\_

**Spouse or Partner Information**

Name: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Employment Status: \_\_\_\_\_

Birth Date: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_

**Dependent and/or Household Size Information**

Name:	Relationship:	Birthdate: (mm/dd/yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

**Other Income**

Description:	Monthly Amount:
1.	\$
2.	\$

**DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD**



आर्थिक सहायता का सारांश  
BANNER HEALTH (BH) के स्वामित्व और  
संचालन वाले सभी अस्पतालों का कार्यक्रम

SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAMS AT ALL  
HOSPITALS OWNED AND OPERATED BY BANNER HEALTH (BH)

यहां भेजें: बैनर हेल्थ c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	वर्तमान तारीख: मरीज का नाम: जन्म तिथि: सुविधाएं: सेवा की तिथि:
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

मेडिकल जानकारी		
ऋण के प्रकार/किसके लिए:	बकाया राशि:	मासिक भुगतान:
1. (चिकित्सक)	\$	\$
2. (अस्पताल)	\$	\$
3. (इमेजिंग)	\$	\$
4. (DME/होम केयर)	\$	\$
5. (एंजुलेंस)	\$	\$
6.	\$	\$

मैं Banner Health के वित्तीय सहायता कार्यक्रम में शामिल होना चाहता/चाहती हूँ और यह समझता/समझती हूँ कि दी गई सभी व्यक्तिगत जानकारी केवल मेरी पात्रता तय करने के लिए है। बैनर हेल्थ इसे सुरक्षित और गोपनीय रखेगा।

मेरी जानकारी के अनुसार मैंने जो जानकारी प्रदान की है वह सही है। इसे मुझे समझाया गया है, और मैं इस पर सहमत हूँ कि Banner Health से वित्तीय सहायता के लिए पात्रता की शर्त के रूप में, यदि मैं सहायता प्राप्त करने के लिए योग्य हूँ, तो इसका पालन करूँगा, किसी भी तृतीय पक्ष वित्त पोषण, जिसे मुझे प्राप्त होता है या जिसे प्राप्त करने के लिए मैं पात्र बनता हूँ, ARS धारा 33-931, et seq., Arizona's के स्वास्थ्य देखभाल संपत्ति अधिनियम, या किसी भी लागू विधियों के अनुसार, बैनर हेल्थ द्वारा उस वित्तीय सहायता छूट को संतुलित और वसूल करने के लिए माना जा सकता है, जो मुझे प्रदान की गई थी।

उत्तरदायी पक्ष के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ समय/तिथि: \_\_\_\_\_

नाम अंकित करें: \_\_\_\_\_

जीवनसाथी या साथी के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ समय/तिथि: \_\_\_\_\_

नाम अंकित करें: \_\_\_\_\_

यहां भेजें:

Banner Health c/o PBM  
PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711  
BannerFAApplications@bannerhealth.com

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD



**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE  
PROGRAMS AT ALL HOSPITALS OWNED AND  
OPERATED BY BANNER HEALTH (BH)**

Return to: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	Current Date: Patient Name: Birth Date: Facility: Date of Svc:
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

<b>Medical Information</b>		
<b>Type of Debt / to Whom:</b>	<b>Unpaid Balance:</b>	<b>Monthly Payment:</b>
1. (Doctor)	\$	\$
2. (Hospital)	\$	\$
3. (Imaging)	\$	\$
4. (DME/Home Care)	\$	\$
5. (Ambulance)	\$	\$
6.	\$	\$

I would like to participate in Banner Health’s financial assistance program and understand all disclosed personal information is for the sole purpose of determining my eligibility. Banner Health will keep this secure and confidential.

The information I have provided is accurate to the best of my knowledge. It has been explained to me and I agree as a condition of my qualifying for financial assistance from Banner Health, should I qualify and receive assistance, any third-party funding I receive or become eligible to receive, pursuant to ARS Sec. 33-931, et seq., Arizona’s health care lien statute, or applicable statutes, may be considered and recovered by Banner Health to address and offset the financial assistance discount provided to me.

**Responsible Party Signature:** \_\_\_\_\_ **Date/Time:** \_\_\_\_\_

**Print Name:** \_\_\_\_\_

**Spouse or Partner Signature:** \_\_\_\_\_ **Date/Time:** \_\_\_\_\_

**Print Name:** \_\_\_\_\_

Return to:  
 Banner Health c/o PBM  
 PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711  
 BannerFAApplications@bannerhealth.com

**DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD**