

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

BANNER HEALTH برنامه‌های کمک مالی را برای بیماران بدون بیمه، با بیمه ناکافی، و نیازمند پزشکی ارائه می‌دهد. این سیاست فقط برای بیمارستان‌های Banner Health اعمال می‌شود و شامل سایر مراکز Banner Health، مانند مراکز جراحی سرپایی (ASC)، تصویربرداری یا خدمات اورژانس نمی‌شود. بیمار بدون بیمه به بیماری گفته می‌شود که هیچ بیمه شخص ثالثی نداشته و در هیچ برنامه بیمه دولتی ثبت‌نام نکرده است. این بیماران در ابتدا برای خدمات تحت پوشش، تعرفه نقدی را پرداخت می‌کنند. بیمار با بیمه ناکافی به بیماری گفته می‌شود که تحت پوشش بیمه شخص ثالث قرار دارد، اما به دلیل محدودیت‌های مالی یا مسئولیت‌های مشترک مانند فرانشیز، سهم بیمار یا هزینه‌های مشترک، هزینه‌های از جیب وی بیش از توان مالی‌اش است. بیمار نیازمند پزشکی خانواری گفته می‌شود که هزینه‌های پزشکی آن در طول 12 ماه گذشته به گونه‌ای است که بخشی از این هزینه‌ها که به عهده خانوار است، بیش از 50% از کل درآمد سالانه خانوار باشد. برای تعیین اینکه آیا یک خانوار نیازمند پزشکی محسوب می‌شود، تمام هزینه‌های پزشکی شامل هزینه‌های غیر از Banner Health نیز در نظر گرفته می‌شود.

اگر شما یک بیمار بدون بیمه هستید، ممکن است در صورتی که شرایط لازم برای برنامه کمک مالی را بر اساس دستورالعمل‌های سطح فقر فدرال نداشته باشید، واجد شرایط برای دریافت نرخ تخفیفی باشید. واجد شرایط بودن برای مراقبت تخفیفی به این معنا است که از شما 1.25 برابر AGB (مبالغ معمولاً صورتحساب شده) دریافت خواهد شد. AGB بر اساس میانگین مبالغی است که توسط بیمه‌گران خصوصی و Medicare (همراه با سهم بیمار و فرانشیز) برای خدمات پزشکی ضروری در صورتی که بیمه داشته‌اید، به بیمارستان پرداخت می‌شود.

اگر شما یک بیمار بدون بیمه هستید، واجد شرایط دریافت کمک مالی از Banner Health خواهید بود در صورتی که (1) درآمد سالانه خانوار و تعداد اعضای خانوار شما برابر یا کمتر از 400% سطح فقر فدرال باشد و دارایی دیگری برای پرداخت هزینه کامل بیمارستان نداشته باشید و (2) در صورت درخواست بیمارستان، برای Medicaid/AHCCCS درخواست می‌دهید، در روند درخواست و تعیین صلاحیت به‌طور کامل

همکاری می‌کنید، یا به دلایل منطقی نمی‌توانید فرآیند درخواست را کامل کنید و در نهایت پوشش Medicaid/AHCCCS را دریافت نمی‌کنید. اگر شما یک بیمار با بیمه ناکافی هستید، ممکن است واجد شرایط دریافت کمک مالی از Banner Health برای تخفیف بیمه ناکافی یا مانده پس از بیمه باشید. برای بررسی صلاحیت، باید درخواست ارائه دهید و شرایط مربوط به مانده صورتحساب بیمارستان که در سیاست کمک مالی مشخص شده است، و همچنین دستورالعمل‌های سطح فقر فدرال را رعایت کنید.

اگر واجد شرایط دریافت کمک مالی از Banner Health باشید، در هیچ شرایطی بیش از Amounts Generally Billed (AGB) برای خدمات اضطراری یا سایر خدمات پزشکی ضروری از شما دریافت نخواهد شد. علاوه بر این، هرگز ملزم به پرداخت پیش‌پرداخت یا تنظیم پرداخت‌های دیگر برای دریافت خدمات اضطراری نخواهید بود. با این حال، برای دریافت خدمات غیراضطراری، در بیشتر موارد ملزم به پرداخت پیش‌پرداخت قابل‌توجه یا تنظیم برنامه پرداخت بر اساس برآوردی از AGB خواهید بود.

نسخه رایگان از سیاست کمک مالی بیمارستان، سیاست صدور صورتحساب و جمع‌آوری بدهی‌ها، و فرم‌های درخواست در وبسایت Banner Health به آدرس Bannerhealth.com در دسترس است. ترجمه اسپانیایی این خلاصه، سیاست‌های کمک مالی و صورتحساب بیمارستان، و فرم‌های درخواست نیز در وبسایت‌های Banner و بیمارستان و همچنین در بخش پذیرش بیمارستان موجود است.

نسخه‌های چاپی این اسناد را می‌توانید از طریق پست با تماس با خدمات مالی بیماران Banner به شماره (888) 2127-264 دریافت کنید. کارکنان خدمات مالی بیماران Banner آماده پاسخگویی به سوالات و ارائه اطلاعات در مورد برنامه‌های کمک مالی، فرآیند درخواست، و سازمان‌های غیرانتفاعی و دولتی هستند که می‌توانند در تکمیل این درخواست‌ها کمک کنند. لطفاً برای سوالات بیشتر با شماره (888) 2127-264 تماس بگیرید.

¹ غیر قابل اجرا برای اماکن NHSC شامل: Wheatland, WY و Fallon, NV, Fernley, NV, Susanville, CA, Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ, Maricopa, AZ, Torrington, WY

خدمات مالی بیماران

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)

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.¹

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. 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.

¹ 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

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

خلاصه‌ای از برنامه کمک مالی
در کلیه بیمارستان‌های متعلق به و

BANNER HEALTH (BH) تحت مدیریت

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

تاریخ فعلی: نام بیمار: تاریخ تولد: مرکز: تاریخ خدمات:	ارجاع به: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com
---	---

دستورالعمل: فرم درخواست را تکمیل کنید و مدارک زیر
را ضمیمه کرده و به آدرس یا ایمیل ذکر شده در بالا ارسال کنید.

** غیر قابل اجرا برای مکان‌های تایید شده توسط NHSC، شامل:

Wheatland, WY و Fallon, NV, Fernley, NV, Susanville, CA Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ and Maricopa, AZ, Torrington, WY
 • مدارک اثبات درآمد. مدارک قابل قبول عبارتند از:

- اگر در حال حاضر شاغل هستید، نسخه‌ای از سه (3) فیش حقوقی متوالی اخیر (بیمار، ضامن و همسر).
- اگر خوداشتغال هستید، نسخه‌ای از فرم مالیاتی فدرال Schedule C یا سایر مدارک اثبات درآمد و هزینه‌ها
- اگر بازنشسته هستید و/یا از تأمین اجتماعی حقوق دریافت می‌کنید، نسخه‌ای از فرم SSA 1099 یا نامه تأییدیه را ارائه دهید.**
- اگر بیکار هستید، نسخه‌ای از اظهارنامه مالیاتی سال گذشته، نامه تأییدیه دریافت بیمه بیکاری، یا نامه اظهار درآمد شخصی را ارائه دهید.**
- تعیین وضعیت کمک‌های دولتی یا ایالتی (Medicaid/AHCCCS)**
- در صورت درخواست، نسخه‌ای از صورتحساب‌های پزشکی غیر از Banner را ارائه دهید.**

اطلاعات متقاضی

نام متقاضی/ضامن: _____ شماره تامین اجتماعی:** _____

نشانی: _____

تاریخ تولد: _____

شماره تلفن: _____

کارفرما: _____ وضعیت اشتغال: _____

طول مدت اشتغال: _____ تاریخ/مدت بیکاری: _____

اطلاعات همسر یا شریک زندگی

نام: _____

کارفرما: _____ وضعیت اشتغال: _____

تاریخ تولد: _____

شماره تلفن: _____

اطلاعات مربوط به تعداد افراد تحت تکفل و/یا اعضای خانوار

نام:	نسبت:	تاریخ تولد: (سال/روز/ماه)
1		
2		
3		
4		
5		
6		

سایر درآمدها

شرح:	درآمد ماهیانه:
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

خلاصه‌ای از برنامه کمک مالی
در کلیه بیمارستان‌های متعلق به و

تحت مدیریت **BANNER HEALTH (BH)**

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

ارجاع به: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	تاریخ فعلی: نام بیمار: تاریخ تولد: مرکز: تاریخ خدمات:
--	---

اطلاعات پزشکی		
نوع بدهی / به چه کسی	باقیمانده بدهی:	پرداخت ماهیانه:
1 (پزشک)	\$	\$
2 (بیمارستان)	\$	\$
3 (تصویربرداری)	\$	\$
4 (تجهیزات پزشکی برای استفاده طولانی مدت/مراقبت در منزل)	\$	\$
5 (آمبولانس)	\$	\$
6	\$	\$

اینجانب مایلم در برنامه کمک مالی Banner Health شرکت کنم و درک می‌کنم که تمامی اطلاعات شخصی ارائه‌شده صرفاً برای تعیین صلاحیت من استفاده خواهد شد. Banner Health این اطلاعات را به‌صورت امن و محرمانه نگهداری خواهد کرد.

اطلاعاتی که ارائه کرده‌ام تا جایی که می‌دانم دقیق است. این موضوع برای من توضیح داده شده است و موافقت می‌کنم که به‌عنوان یکی از شرایط واجد شرایط بودن برای دریافت کمک مالی از Banner Health، در صورت واجد شرایط بودن و دریافت کمک، ملزم به رعایت آن هستم، هرگونه تأمین مالی از طرف شخص ثالث که دریافت کنم یا واجد شرایط دریافت آن شوم، طبق ARS Sec. 33-931 و قوانین مربوط به حق تقدم خدمات درمانی در Arizona یا سایر قوانین قابل اجرا، ممکن است توسط Banner Health در نظر گرفته شده و برای جبران و کاهش تخفیف کمک مالی ارائه‌شده به من بازپس گرفته شود.

امضای طرف مسنول: _____ تاریخ/ساعت: _____

نام نوشته شده شده به صورت خوانا: _____

امضای همسر یا شریک زندگی: _____ تاریخ/ساعت: _____

نام نوشته شده شده به صورت خوانا: _____

ارجاع به:

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:
---	--

Medical Information		
Type of Debt / to Whom:	Unpaid Balance:	Monthly Payment:
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