



**TÓM TẮT THÔNG TIN VỀ CÁC CHƯƠNG TRÌNH
HỖ TRỢ TÀI CHÍNH TẠI TẤT CẢ BỆNH VIỆN DO
BANNER HEALTH (BH) SỞ HỮU VÀ VẬN HÀNH**
**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAMS
AT ALL HOSPITALS OWNED AND OPERATED BY
BANNER HEALTH (BH)**

Banner Health cung cấp các Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính cho những bệnh nhân Không Có Bảo Hiểm, Bảo Hiểm Dưới Mức và Khó Khăn Về Y Tế. Chính sách này chỉ áp dụng cho các bệnh viện Banner và không áp dụng cho các cơ sở BH khác như ASC, chẩn đoán hình ảnh hoặc chăm sóc khẩn cấp. Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm có nghĩa là bệnh nhân không có Bảo Hiểm Bên Thứ Ba và không tham gia vào chương trình bảo hiểm của chính phủ. Bệnh nhân không có bảo hiểm ban đầu được tính Mức Tự Thanh Toán đối với các Dịch Vụ Được Bao Trữ. Bệnh Nhân Được Bảo Hiểm Dưới Mức có nghĩa là bệnh nhân có Bảo Hiểm Bên Thứ Ba, nhưng có giới hạn tài chính hoặc đồng trách nhiệm, bao gồm các khoản khấu trừ, đồng thanh toán và đồng bảo hiểm, có chi phí tự chi trả vượt quá khả năng tài chính của mình. Bệnh Nhân Khó Khăn Về Y Tế có nghĩa là hộ gia đình có chi phí y tế phát sinh trong 12 tháng trước đó, trong đó phần chi phí mà hộ gia đình chịu trách nhiệm vượt quá 50% tổng thu nhập của hộ gia đình trong năm đó. Để xác định xem hộ gia đình có phải Hộ Gia Đình Khó Khăn Về Y Tế hay không, tất cả các chi phí y tế đều được bao gồm, bao gồm cả các chi phí y tế không liên quan tới BH.

Nếu quý vị là bệnh nhân Không Có Bảo Hiểm, quý vị có thể đủ điều kiện được hưởng mức chiết khấu nếu quý vị không đáp ứng các điều kiện đủ điều kiện của Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính dựa trên các hướng dẫn về Mức Nghèo Liên Bang. Điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc giảm giá, quý vị sẽ phải trả 1.25 x AGB (Khoản Tiền Thường Được Lập Hóa Đơn), dựa trên số tiền trung bình mà các công ty bảo hiểm y tế tư nhân và Medicare (và các khoản đồng thanh toán và khấu trừ) phải trả cho Bệnh Viện cho các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận được nếu quý vị đã được bảo hiểm.

Nếu quý vị là bệnh nhân Không Có Bảo Hiểm, quý vị sẽ đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Tài Chính BH (1) nếu quý vị có thu nhập hộ gia đình hàng năm và quy mô hộ gia đình bằng hoặc nhỏ hơn 400% Mức Nghèo Liên Bang và thiếu các tài sản khác để thanh toán toàn bộ chi phí của Bệnh Viện và, (2) nếu Bệnh Viện yêu cầu, quý vị nộp đơn xin Medicaid / AHCCCS, hoàn toàn hợp tác trong quá trình đăng ký và xác định hoặc không thể hoàn tất hợp lý quy trình đăng ký và bị từ chối bảo hiểm Medicaid/AHCCCS.¹

Nếu quý vị là bệnh nhân Được Bảo Hiểm Dưới Mức, quý vị có thể đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Tài Chính BH để giảm giá cho Bảo Hiểm Dưới Mức / Số Dư Sau Bảo Hiểm. Quý vị sẽ cần phải nộp đơn đăng ký và đáp ứng cả yêu cầu về số dư hóa đơn Bệnh Viện được nêu trong hướng dẫn Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính và Mức Nghèo Liên Bang.

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Tài Chính BH, trong mọi trường hợp, quý vị sẽ không bị tính phí nhiều hơn Số Tiền Thường Được Lập Hóa Đơn cho các dịch vụ khẩn cấp hoặc các dịch vụ cần thiết về mặt y tế khác. Ngoài ra, quý vị sẽ không bao giờ được yêu cầu thanh toán tạm ứng hoặc thu xếp thanh toán khác để nhận các dịch vụ khẩn cấp. Tuy nhiên, để nhận được các dịch vụ không khẩn cấp, trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ được yêu cầu nộp một khoản tiền tạm ứng đáng kể hoặc các thu xếp thanh toán khác dựa trên ước tính Số Tiền Thường Được Lập Hóa Đơn.

Bản sao miễn phí của chính sách hỗ trợ tài chính, chính sách thanh toán và thu nợ, và các mẫu đơn đăng ký có trên trang web Banner Health tại Bannerhealth.com. Bản dịch tiếng Tây Ban Nha của Bản Tóm Tắt này, các chính sách thanh toán và hỗ trợ tài chính của Bệnh Viện cũng như các mẫu đơn đăng ký có trên trang web của Banner và các trang web của Bệnh Viện và trong khu vực Tiếp Nhận của Bệnh Viện. Quý vị cũng có thể nhận bản sao qua đường bưu điện bằng cách liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân Banner theo số (888) 264-2127. Nhân viên Dịch vụ Tài Chính Bệnh Nhân của Banner luôn sẵn sàng trả lời các câu hỏi và cung cấp thông tin về Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính, quy trình đăng ký và các tổ chức phi lợi nhuận và cơ quan chính phủ có thể hỗ trợ về các đơn đăng ký này. Vui lòng liên hệ (888) 264-2127 nếu quý vị có thắc mắc khác.

¹ Không áp dụng cho các địa điểm được NHSC phê duyệt, bao gồm Fallon, NV, Fernley, NV, Susanville, CA, Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ, Maricopa, AZ, Torrington, WY, và 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

**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

**TÓM TẮT THÔNG TIN VỀ CÁC CHƯƠNG TRÌNH
HỖ TRỢ TÀI CHÍNH TẠI TẤT CẢ BỆNH VIỆN DO
BANNER HEALTH (BH) SỞ HỮU VÀ VẬN HÀNH**
**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAMS
AT ALL HOSPITALS OWNED AND OPERATED BY
BANNER HEALTH (BH)**

Gửi lại cho: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	Ngày Hiện Tại: Tên Bệnh Nhân: Ngày Sinh: Cơ Sở: Ngày Dịch Vụ:
---	---

Hướng dẫn: Hoàn thành đơn đăng ký và đính kèm các tài liệu sau và gửi lại địa chỉ hoặc email ở trên.

**Không áp dụng cho các địa điểm NHSC bao gồm:

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

• Giấy tờ chứng minh thu nhập. Các giấy tờ được chấp nhận bao gồm:

- Nếu hiện đang làm việc, bản sao của ba (3) cuống phiếu lương liên tiếp gần đây nhất (bệnh nhân, người bảo lãnh và vợ/chồng)
- Nếu là lao động tự do, cần có bản sao biểu mẫu thuế Liên Bang Phụ Lục C hoặc bằng chứng khác về thu nhập và chi phí
- Nếu đã nghỉ hưu và/hoặc đang nhận An Sinh Xã Hội, cần nhận bản sao mẫu đơn SSA 1099 hoặc thư chấp nhận**
- Nếu Thất Nghiệp, một bản sao tờ khai thuế thu nhập liên bang năm trước, thư chấp nhận thất nghiệp hoặc thư tự khai thu nhập.**
- Quyết định hỗ trợ của Tiểu Bang hoặc chính phủ (Medicaid/AHCCCS)**
- Nếu được yêu cầu, bản sao của các hóa đơn y tế không phải từ Banner**

Thông Tin Người Đăng Ký

Tên Người Đăng Ký/Người Bảo Lãnh: _____ Số An Sinh Xã Hội:** _____
Địa Chỉ: _____
Ngày Sinh: _____
Số Điện Thoại: _____
Chủ Lao Động: _____ Tình Trạng Việc Làm: _____
Thời Gian Làm Việc: _____ Ngày/Thời Gian Thất Nghiệp: _____

Thông Tin về Vợ/Chồng hoặc Bạn Đòi

Tên: _____
Chủ Lao Động: _____ Tình Trạng Việc Làm: _____
Ngày Sinh: _____
Số Điện Thoại: _____

Thông Tin về Người Phụ Thuộc và/hoặc Quy Mô Hộ Gia Đình

Tên:	Mối Quan Hệ:	Ngày Sinh: (tháng/ngày/năm)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Thu Nhập Khác

Mô Tả:	Số Tiền Hàng Tháng:
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



**TÓM TẮT THÔNG TIN VỀ CÁC CHƯƠNG TRÌNH
HỖ TRỢ TÀI CHÍNH TẠI TẤT CẢ BỆNH VIỆN DO
BANNER HEALTH (BH) SỞ HỮU VÀ VẬN HÀNH**
**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAMS
AT ALL HOSPITALS OWNED AND OPERATED BY
BANNER HEALTH (BH)**

Gửi lại cho: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	Ngày Hiện Tại: Tên Bệnh Nhân: Ngày Sinh: Cơ Sở: Ngày Dịch Vụ:
---	---

Thông Tin Y Tế		
Loại Nợ / Với Ai:	Số Dư Chưa Thanh Toán:	Thanh Toán Hàng Tháng:
1. (Bác Sĩ)	\$	\$
2. (Bệnh Viện)	\$	\$
3. (Chẩn Đoán Hình Ảnh)	\$	\$
4. (DME/Chăm Sóc Tại Nhà)	\$	\$
5. (Xe Cứu Thương)	\$	\$
6.	\$	\$

Tôi muốn tham gia vào chương trình hỗ trợ tài chính của Banner Health và hiểu rằng tất cả các thông tin cá nhân được tiết lộ là nhằm mục đích duy nhất để xác định tính đủ điều kiện của tôi. Banner Health sẽ giữ thông tin này an toàn và bí mật.

Thông tin tôi đã cung cấp là chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi đã được giải thích và tôi đồng ý như một điều kiện để đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính từ Banner Health, nếu tôi đủ điều kiện và nhận được hỗ trợ, bất kỳ khoản tài trợ nào của bên thứ ba mà tôi nhận được hoặc đủ điều kiện nhận, theo ARS Phần 33-931 và tiếp theo, quy chế thể chấp chăm sóc sức khỏe của Arizona hoặc các quy chế hiện hành, có thể được Banner Health xem xét và thu hồi để giải quyết và bù đắp khoản giảm giá hỗ trợ tài chính được cung cấp cho tôi.

Chữ Ký của Bên Chịu Trách Nhiệm: _____ **Ngày/Giờ:** _____

Tên Viết In Hoa: _____

Chữ Ký của Vợ/Chồng hoặc Bạn Đòi: _____ **Ngày/Giờ:** _____

Tên Viết In Hoa: _____

Gửi lại cho:
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