

**خلاصه برنامه‌های کمک مالی در تمامی بیمارستان‌های تحت مالکیت****و مدیریت (BH) Banner Health****SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAMS AT ALL HOSPITALS OWNED AND OPERATED BY BANNER HEALTH (BH)**

Banner Health برنامه‌های کمک مالی را به بیماران بدون بیمه، بیماران با بیمه ناکافی و بیماران نیازمند از نظر پزشکی ارائه می‌دهد. این سیاست در مورد بیمارستان‌های Banner و برخی دیگر از نهادهای BH اعمال می‌شود. بیمار بدون بیمه به بیماری اطلاق می‌شود که هیچ‌گونه بیمه شخص ثالث ندارد و در هیچ برنامه بیمه دولتی ثبت‌نام نکرده است. بیماران بدون بیمه در ابتدا برای خدمات تحت پوشش، نرخ پرداخت شخصی را دریافت می‌کنند. بیمار با بیمه ناکافی به بیماری گفته می‌شود که دارای پوشش بیمه شخص ثالث است اما با محدودیت‌های مالی یا هزینه‌های مشترک از جمله فرانشیز، پرداخت مشترک و بیمه مکمل مواجه است و هزینه‌های شخصی او بیش از توان مالی‌اش است. بیمار نیازمند از نظر پزشکی به خانواده‌ای گفته می‌شود که طی 12 ماه گذشته هزینه‌های پزشکی متحمل شده است و سهمی که این خانواده مسئول پرداخت آن است، بیش از 50% از کل درآمد سالانه آن‌ها باشد. برای تعیین اینکه آیا یک خانواده از نظر پزشکی نیازمند محسوب می‌شود، تمامی هزینه‌های پزشکی، از جمله هزینه‌های غیرمرتبط با BH، در نظر گرفته می‌شود.

اگر شما یک بیمار بدون بیمه هستید، در صورتی که بر اساس دستورالعمل‌های سطح فقر فدرال واجد شرایط برنامه کمک مالی نباشید، ممکن است واجد شرایط دریافت نرخ تخفیف‌دار شوید. در صورت واجد شرایط بودن برای مراقبت با نرخ تخفیف‌دار، هزینه خدمات پزشکی ضروری که دریافت می‌کنید بر اساس 1.25 برابر مبالغی که معمولاً صورت‌حساب می‌شوند (AGB) Amounts Generally Billed محاسبه خواهد شد. این مبلغ بر اساس میانگین مبالغی است که اگر بیمه خصوصی یا Medicare (شامل پرداخت‌های مشترک و کسورات) داشتید، به بیمارستان پرداخت می‌شد.

اگر شما بیمار فاقد بیمه هستید، در صورتی که شرایط زیر را داشته باشید، واجد شرایط برنامه کمک مالی BH خواهید بود: (1) درآمد سالانه خانوار و اندازه خانوار شما برابر یا کمتر از 400% سطح فقر فدرال باشد و دارایی دیگری برای پرداخت هزینه کامل بیمارستان نداشته باشید و (2) در صورتی که بیمارستان از شما درخواست کند، برای Medicaid/AHCCCS درخواست داده، به طور کامل در فرآیند درخواست و بررسی همکاری کنید یا به دلایل منطقی قادر به تکمیل فرآیند درخواست نباشید و درخواست شما برای پوشش Medicaid/AHCCCS رد شده باشد.

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 برنامه کمک مالی BH باشید، در هیچ شرایطی برای خدمات اورژانسی یا سایر خدمات پزشکی ضروری بیش از مبالغی که معمولاً صورت‌حساب می‌شوند از شما دریافت نخواهد شد. علاوه بر این، برای دریافت خدمات اورژانسی، هرگز ملزم به پرداخت پیشاپیش یا انجام ترتیبات پرداخت نخواهید بود. اما برای دریافت خدمات غیر اورژانسی، در بیشتر موارد باید پیش‌پرداخت قابل‌توجهی یا سایر ترتیبات پرداخت را بر اساس برآورد مبالغی که معمولاً صورت‌حساب می‌شوند انجام دهید.

نسخه‌ای رایگان از سیاست کمک مالی بیمارستان، سیاست صورت‌حساب و وصول مطالبات و فرم‌های درخواست در وبسایت Banner Health به نشانی [Bannerhealth.com](http://Bannerhealth.com) در دسترس است.

ترجمه اسپانیایی این خلاصه، سیاست‌های کمک مالی و صورت‌حساب بیمارستان، و فرم‌های درخواست در وبسایت Banner Health، وبسایت بیمارستان، و بخش پذیرش بیمارستان موجود است. همچنین، می‌توان نسخه‌های این اسناد را از طریق پست دریافت کرد؛ برای این منظور، با خدمات مالی بیمارستان Banner به شماره 264-2127 (888) تماس بگیرید. کارکنان خدمات مالی بیمارستان Banner آماده پاسخگویی به سؤالات و ارائه اطلاعات در مورد برنامه‌های کمک مالی، فرآیند درخواست، و سازمان‌های غیرانتفاعی و دولتی هستند که می‌توانند در تکمیل این درخواست‌ها کمک کنند. در صورت داشتن سؤالات بیشتر، لطفاً با شماره 264-2127 (888) تماس بگیرید.

خدمات مالی بیماران Banner

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 applies to Banner hospitals and certain other BH entities. 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.

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.

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**

خلاصه کمک مالی  
برنامه‌ها و درخواست

**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE  
PROGRAMS AND APPLICATION**

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 کرده، مدارک زیر را ضمیمه کنید و آن را به آدرس یا ایمیل ذکر شده ارسال نمایید.  
 برای مکان‌های NHSC از جمله این مکان‌ها قابل اجرا نیست: Fallon, NV, Fernley, NV, Susanville, CA, Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ, Maricopa, AZ, Torrington, WY  
 • مدرک اثبات درآمد. مدارک قابل قبول عبارتند از:

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

**اطلاعات متقاضی**

نام متقاضی/ضامن: \_\_\_\_\_ شماره تأمین 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			
الاسم:	نسبت:	تاریخ تولد: (سال/روز/ماه)	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

شرح درآمد:	درآمد ماهیانه:
1.	\$
2.	\$

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD



## SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAMS AND APPLICATION

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, 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.		

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

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

خلاصه کمک مالی  
برنامه‌ها و درخواست

**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE  
PROGRAMS AND APPLICATION**

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

اطلاعات پزشکی		
نوع الدین/الدائن:	الرصيد غير المدفوع:	الدفعه الشهرية:
1. (پزشک)	\$	\$
2. (بیمارستان)	\$	\$
3. (تصویربرداری)	\$	\$
4. (تجهيزات پزشکی برای استفاده طولانی مدت/مراقبت در منزل)	\$	\$
5. (آمبولانس)	\$	\$
6.	\$	\$

مایل به شرکت در برنامه کمک مالی Banner Health هستیم و درک می‌کنم که تمام اطلاعات شخصی ارائه‌شده تنها برای تعیین واجد شرایط بودن من استفاده خواهد شد. Banner Health این اطلاعات را به صورت ایمن و محرمانه نگه خواهد داشت.

اطلاعاتی که ارائه کرده‌ام، تا جایی که می‌دانم دقیق است. این اطلاعات برای من توضیح داده شده و موافقت می‌کنم که به عنوان شرط واجد شرایط بودن برای دریافت کمک مالی از Banner Health، در صورتی که واجد شرایط شده و کمک دریافت کنم، هرگونه تأمین مالی شخص ثالثی که دریافت کنم یا واجد شرایط دریافت آن شوم، مطابق با ARS Sec. 33-931 و قوانین مرتبط با حق توقیف هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی در ایالت آریزونا یا سایر قوانین قابل اجرا، ممکن است توسط Banner Health مورد بررسی قرار گرفته و برای جبران تخفیف کمک مالی ارائه‌شده به من، بازبایی شود.

امضای طرف مسئول: \_\_\_\_\_ تاریخ/ساعت: \_\_\_\_\_

نام نوشته شده با حروف بزرگ و به صورت خوانا::

امضای همسر یا شریک زندگی: \_\_\_\_\_ تاریخ/ساعت: \_\_\_\_\_

نام نوشته شده با حروف بزرگ و 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 AND APPLICATION

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**