

बैनर हेल्थ (BH) के स्वामित्व और संचालन वाले सभी अस्पतालों में वित्तीय सहायता कार्यक्रमों के बारे में संक्षेप में

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

Banner Health चिकित्सीय रूप से निर्धन, अपर्याप्त बीमित और अबीमित मरीजों को वित्तीय सहायता कार्यक्रम प्रदान करता है। यह नीति केवल **Banner** अस्पतालों तथा कुछ अन्य **BH** संस्थाओं पर लागू होती है। अबीमित रोगी का अर्थ किसी ऐसे मरीज से है जिनके पास थर्ड-पार्टी बीमा नहीं है और जो किसी सरकारी बीमा योजना में शामिल नहीं हैं तथा जो किसी सरकारी बीमा कार्यक्रम में नामांकित नहीं हैं। अबीमित रोगियों से प्रारंभ में कवर्ड सेवाओं के लिए स्वयं-भुगतान दर पर शुल्क लिया जाता है। अपर्याप्त बीमित रोगी का अर्थ है कोई ऐसा मरीज है जिसके पास तृतीय-पक्ष बीमा कवरेज तो है, लेकिन उसकी वित्तीय सीमितताएं या सह-जिम्मेदारी समेत डिडक्टिबल्स, सह-भुगतान और सह-बीमा है, जिसका अपनी जेब से भुगतान की जाने वाली राशि उसकी वित्तीय क्षमता से अधिक है। चिकित्सीय रूप से निर्धन रोगी का अर्थ है कोई ऐसा परिवार जिसके पिछले 12 महीनों में चिकित्सा खर्च हुए हैं, और जिसमें परिवार द्वारा उठाए गए खर्च उस साल की कुल आय के 50% से अधिक हैं। कोई परिवार चिकित्सीय रूप से निर्धन परिवार है या नहीं, इसका निर्धारण करने के लिए सभी चिकित्सीय व्यय को शामिल किया जाता है, जिसमें नॉन-BH चिकित्सीय व्यय भी शामिल हैं।

अगर आप अबीमाकृत मरीज हैं, तो आप एक रियायती दर के लिए योग्यता प्राप्त कर सकते हैं, अगर आप संघीय गरीबी स्तर के दिशानिर्देशों पर आधारित आर्थिक सहायता कार्यक्रम के लिए योग्यताएं पूरी करते हो। रियायती दर पर देखभाल के लिए योग्यता का मतलब है, आपसे 1.25 x AGB (सामान्यतय अनुदेय राशि), जो कि उस राशि के औसत पर आधारित है जो निजी स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं और मेडिकेयर (और सह-भुगतान और कटौती राशि) द्वारा आपको उपलब्ध होने वाली चिकित्सीय रूप से जरूरी सेवाओं के लिए अस्पताल को भुगतान किया गया होता अगर आपका बीमा होता।

यदि आप अबीमित रोगी हैं, तो आप इन शर्तों को पूरा करने पर **BH** फाइनेंशियल असिस्टेंस के लिए के क्रालीफाई करेंगे - (1) यदि आपकी वार्षिक घरेलू आय और घर का आकार फेडरल पॉवर्टी लेवल के 400% के बराबर या उससे कम है और अस्पतालों का पूरा शुल्क देने के लिए अन्य संपत्तियों की कमी है और, (2) यदि अस्पताल द्वारा अनुरोध किए जाने पर आप **Medicaid/AHCCCS** के लिए आवेदन करते हैं, आवेदन और निर्धारण प्रक्रिया में पूरी तरह से सहयोग करते हैं, अथवा आवेदन प्रक्रिया को सही तौर पर पूरा करने में असमर्थ होते हैं, और **Medicaid/AHCCCS** कवरेज देने से मना कर दिए जाते हैं।

अगर आप एक कम बीमाकृत मरीज हैं, तो आप बीमा छूट 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 **BH** आर्थिक सहायता के लिए अर्हता प्राप्त करते हैं, तो आपसे किसी भी अवस्था में आपातकालीन सेवाओं या अन्य चिकित्सीय आवश्यक सेवाओं के लिए आम तौर पर बिल की गई राशि से ज्यादा शुल्क नहीं लिया जाएगा। इसके अतिरिक्त, आपको आपातकालीन सेवाएं प्राप्त करने के लिए कभी भी अग्रिम भुगतान या अन्य भुगतान व्यवस्था करने की जरूरत नहीं होगी। हालांकि, कोई आपातकालीन सेवा प्राप्त ना करने के लिए, ज्यादातर स्थितियों में आपको आम तौर पर बिल की गई राशि के अनुमान के आधार पर पर्याप्त अग्रिम जमा या अन्य भुगतान व्यवस्था करने की जरूरत होगी।

अस्पताल की आर्थिक सहायता नीति, बिल और कलेक्शन नीति, और आवेदन प्रपत्रों की एक प्रति **Banner Health** वेबसाइट Bannerhealth.com पर मुफ्त में उपलब्ध है। इस सारांश, अस्पताल की आर्थिक सहायता और बिल नीतियों, और आवेदन प्रपत्रों का स्पैनिश अनुवाद **Banner and Hospital** वेबसाइट पर और अस्पताल में भर्ती करवाने वाले स्थान पर उपलब्ध होता है। इनकी प्रतियां बैनर रोगी आर्थिक सहायता सेवाएं (888) 264-2127 पर संपर्क करके मेल द्वारा भी उपलब्ध होती हैं। आर्थिक सहायता कार्यक्रमों, आवेदन प्रक्रिया से जुड़े प्रश्नों का उत्तर देने, तथा आवेदनों के विषय में सहायता कर सकने वाली गैर लाभकारी संस्थाओं और सरकारी एजेंसियों के बारे में जानकारी प्रदान करने के लिए बैनर रोगी आर्थिक सेवाओं के कर्मचारीगण उपलब्ध रहते हैं। यदि आपके पास कोई अन्य प्रश्न हों, तो कृपया (888) 264-2127 पर संपर्क करें।

बैनर रोगी वित्तीय सेवाएं

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 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. 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

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD



आर्थिक सहायता का सारांश
कार्यक्रम और आवेदन

**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AND APPLICATION**

यहां भेजें: Banner Health 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** 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।

- आय का साक्ष्य स्वीकार्य दस्तावेजों में शामिल है:
 - अगर वर्तमान में नौकरीपेशा, वर्तमान के पिछले तीन (3) वर्षों की निरंतर वेतन निधि स्टब की प्रतिलिपि (मरीज, जमानती और जीवनसाथी)
 - अगर स्व-नियोजित है, अनुसूची, C से संचयी कर की एक प्रतिलिपि या आय और खर्च का अन्य सबूत
 - अगर सेवानिवृत्त है और/या सामाजिक सुरक्षा प्राप्त कर रहे हैं, एक SSA 1099 फॉर्म या अनुदान पत्र की प्रतिलिपि**
 - अगर बेरोजगार है, तो पिछले वर्ष की संचयी आयकर रिटर्न की प्रतिलिपि, बेरोजगारी भत्ता अनुदान पत्र या आय का स्व-घोषित पत्र**
 - राज्य या सरकार की सहायता का निर्धारण (चिकित्सा सहायता/AHCCCS)**
 - अगर मांगा गया है तो, गैर-बैनर मेडिकल बिल की प्रतिलिपियां**

आवेदनकर्ता की जानकारी	
आवेदक/जमानती का नाम:	सामाजिक सुरक्षा नंबर:**
पता:	
जन्म तिथि:	
फ़ोन नंबर:	
नियोक्ता:	रोजगार की स्थिति:
रोजगार की अवधि:	बेरोजगारी 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.		

आय का विवरण:	मासिक धनराशि:
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



आर्थिक सहायता का सारांश
कार्यक्रम और आवेदन

SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAMS AND APPLICATION

यहां भेजें: Banner Health 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. (एंबुलेंस)	\$	\$
6.	\$	\$

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

मैंने जो जानकारी प्रदान की है वह मेरे ज्ञान के अनुसार सटीक है। मुझे **Banner Health** से वित्तीय सहायता प्राप्त करने हेतु मेरी अर्हता की शर्त के रूप में यह बात समझायी गई और मैं इससे सहमत हूं कि यदि मैं **ARS Sec. 33-931, et seq.**, एरिजोना के हेल्थ केयर लीन कानून अथवा अनुप्रयोज्य कानूनों के नियमानुसार कोई असिस्टेंस, थर्ड पार्टी फंडिंग प्राप्त करने के लिए क्रालीफाई करता हूं और उसे प्राप्त करता हूं, तो **Banner Health** द्वारा मुझे प्रदान की जाने वाली वित्तीय सहायता छूट को एड्रेस एवं ऑफसेट करने के लिए उस पर विचार एवं उसे रिकवर किया जा सकता है।

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 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