

**ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԾՐԱԳՐԵՐԻ ԱՄՓՈՓԱԳԻՐ ԲՈՒՈՐ ՀԻՎԱՆԴԱՆՑՆԵՐՈՒՄ,  
ՈՐՈՆՔ ՊԱՏԿԱՆՈՒՄ ԵՆ ԵՎ ՇԱՀԱԳՈՐԾՎՈՒՄ ԵՆ BANNER HEALTH-Ի (BH) ԿՈՂՄԻՑ  
SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAMS AT ALL HOSPITALS OWNED AND  
OPERATED BY BANNER HEALTH (BH)**

Banner Health-ն առաջարկում է ֆինանսական աջակցության ծրագրեր չապահովագրված, մասնակի ապահովագրված և բժշկական օգնության կարիք ունեցող բուժառուներին: Այս քաղաքականությունը վերաբերում է միայն Banner-ի հիվանդանոցներին և BH-ի որոշ այլ հաստատություններին: Չապահովագրված բուժառու նշանակում է առանց երրորդ կողմի ապահովագրության բուժառու, ով ներգրավված է պետական ապահովագրության ծրագրում: Չապահովագրված բուժառուները սկզբնական փուլում գանձվում է Ինքնուրույն վճարման դրույքաչափին համապատասխան արժեք՝ ապահովագրված ծառայությունների համար: Մասնակի ապահովագրված է այն բուժառուն, ով ունի երրորդ կողմի ապահովագրություն, բայց որի նկատմամբ կիրառվում են ֆինանսական սահմանափակումներ կամ համավճարներ և համատեղ ապահովագրություն, ինչի դեպքում առկա են բուժառուի հաշվին գանձվող ծախսեր, որոնք գերազանցում են նրա ֆինանսական հնարավորությունները: Բժշկական առումով անապահով բուժառու նշանակում է, որ նախորդ 12 ամիսների ընթացքում ընտանիքն ունեցել է բժշկական ծախսեր, որի այն մասը, որի համար պատասխանատու է ընտանիքը, գերազանցում է ընտանիքի այդ տարվա ընդհանուր եկամտի 50%-ը: Ընտանիքը բժշկական առումով անապահովության մասին որոշում կայացնելու համար, հաշվի են առնվում բոլոր բժշկական ծախսերը, ներառյալ ոչ BH բժշկական ծախսերը:

Եթե դուք Չապահովագրված բուժառու եք, կարող եք որակավորվել գեղչված տոկոսադրույքի համար, եթե չեք համապատասխանում ֆինանսական աջակցության ծրագրի որակավորումներին՝ հիմնված Աղքատության մակարդակի դաշնային ուղեցույցների վրա: Չեղչված խնամքի որակավորումը նշանակում է, որ ձեզանից կզանձվի 1.25 x ՄՅԳ (սովորաբար հաշվարկված գումարներ), որը հիմնված է մասնավոր առողջության ապահովագրողների և Medicare-ի կողմից հիվանդանոցին վճարված գումարների միջինի վրա (նաև համավճարներ և նվազեցումներ) բժշկական անհրաժեշտ ծառայությունների համար, որոնք դուք ստանում եք, եթե ապահովագրված եք:

Եթե դուք Չապահովագրված բուժառու եք, ապա իրավասու եք ստանալ BH ֆինանսական աջակցությունը (1), եթե ունեք ընտանիքի տարեկան եկամուտ և ընտանիքի չափ, որը հավասար է կամ պակաս է աղքատության դաշնային մակարդակի 400%-ից և չունեք այլ ակտիվներ՝ Հիվանդանոցից ձեր հաշիվն ամբողջությամբ վճարելու համար, նաև (2) եթե դա պահանջվի Հիվանդանոցի կողմից, դուք դիմում եք Medicaid/AHCCCS-ի, լիովին համագործակցում եք դիմումի և որոշման գործընթացում կամ չեք կարողանում ողջամտորեն լրացնել դիմումի գործընթացը և ձեզ մերժվում է Medicaid/AHCCCS ծածկույթը:

Եթե դուք Մասնակի ապահովագրված բուժառու եք, դուք կարող եք որակավորվել Մասնակի ապահովագրվածների համար BH ֆինանսական աջակցություն ստանալու/Ապահովագրությունից հետո մնացորդի գեղչի համար: Դուք պետք է դիմեք դիտարկման համար և բավարարեք հիվանդանոցի հաշիվների մնացորդի պահանջները, որոնք նշված են ֆինանսական աջակցության քաղաքականության և Դաշնային աղքատության մակարդակի ուղեցույցներում:

Եթե դուք իրավասու եք BH ֆինանսական աջակցությանը, ապա ձեզանից ոչ մի դեպքում չի գանձվի ավելին, քան Սովորաբար հաշվարկվող գումարները շտապ օգնության ծառայությունների կամ բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ այլ ծառայությունների համար: Բացի այդ, ձեզանից երբեք չի պահանջվի կանխավճար կամ վճարման այլ պայմանավորվածություններ՝ շտապ օգնության ծառայություններ ստանալու համար: Այնուամենայնիվ, ոչ շտապ ծառայություններ ստանալու համար շատ դեպքերում ձեզանից կպահանջվի կատարել զգալի կանխավճար կամ վճարման այլ պայմանավորվածություններ՝ հիմնված Սովորաբար հաշվարկվող գումարների գնահատման վրա:

Հիվանդանոցի ֆինանսական աջակցության քաղաքականության, վճարումների և գանձումների քաղաքականության և դիմումի ձևաթղթերի անվճար պատճենը հասանելի է Banner Health-ի կայքում՝ [Bannerhealth.com](http://Bannerhealth.com): Այս Ամփոփագրի խապաներեն թարգմանությունը, Հիվանդանոցի ֆինանսական աջակցության և վճարման քաղաքականությունը, ինչպես նաև դիմումների ձևերը հասանելի են Banner-ի և հիվանդանոցի կայքերում և հիվանդանոցի ընդունարանում: Պատճենները հասանելի են նաև փոստով. դիմեք Banner-ի Հիվանդների ֆինանսական ծառայությանը (888) 264-2127 հեռախոսահամարով: Banner-ի Հիվանդների ֆինանսական ծառայության անձնակազմը հասանելի է ֆինանսական աջակցության ծրագրերի, դիմումի գործընթացի և շահույթ չհետապնդող կազմակերպությունների և պետական գործակալությունների մասին հարցերին պատասխանելու և տեղեկատվություն տրամադրելու համար, որոնք կարող են օգնել այս դիմումների հետ կապված: Լրացուցիչ հարցերի դեպքում, կապ հաստատեք հետևյալ (888) 264-2127 հեռախոսահամարով:

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 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**

**ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԱՄՓՈՓԱԳԻՐԾՐԱԳՐԵՐ  
ԵՎ ԴԻՄՈՒՄՆԵՐ**

**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE  
PROGRAMS AND APPLICATION**

|                                                                                                                             |                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Վերադարձնել՝<br>Banner Health c/o PBM<br>PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711<br>BannerFAApplications@bannerhealth.com | Ընթացիկ ամսաթիվ՝<br>Բուժառուի անունը՝<br>Ծննդյան ամսաթիվ՝<br>Հաստատություն՝<br>Ծառայության ամսաթիվ՝ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

Ուղեցույց. լրացրեք դիմումը և ներառեք հետևյալ փաստաթղթերը և վերադարձեք վերը նշված հասցեին կամ էլ. փոստին:

\*\*Կիրառելի չէ NHSC-ի կենտրոնների համար, ներառյալ՝ Fallon, NV, Fernley, NV, Susanville, CA, Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ, Maricopa, AZ, Torrington, WY և Wheatland, WY:

- Եկամտի ապացույց՝ ընդունելի փաստաթղթերը ներառում են՝
  - Եթե ներկայումս աշխատում եք, վերջին երեք (3) ամենավերջին անընդմեջ աշխատավարձի մատյանների պատճենները (հիվանդը, երաշխավորը և ամուսինը/կինը)
  - Եթե ինքնազբաղված եք, դաշնային հարկային ձևի Schedule C պատճենը կամ եկամտի և ծախսերի այլ ապացույց
  - Եթե թոշակառու եք և/կամ ստանում եք Սոցիալական ապահովության նպաստ, ապա SSA 1099 ձևի պատճենը կամ նպաստի հաստատման նամակը\*\*
  - Եթե գործազուրկ եք, ապա ձեր նախորդ տարվա դաշնային եկամտահարկի հայտարարագրի պատճենը, գործազրկության նպաստի հաստատման նամակը կամ եկամուտների ինքնահայտարարագիրը:\*\*
  - Նահանգային կամ պետական աջակցության որոշում (Medicaid/AHCCCS)\*\*
  - Եթե պահանջվում է, Banner-ի բժշկական հաշիվներից բացի այլ հաշիվների պատճենները\*\*

**Դիմումատուի տվյալները**

Դիմումատուի/Երաշխավորի անունը՝ \_\_\_\_\_ Սոցիալական ապահովության համարը\*\* \_\_\_\_\_  
 Հասցե՝ \_\_\_\_\_  
 Ծննդյան ամսաթիվ՝ \_\_\_\_\_  
 Հեռախոսահամար՝ \_\_\_\_\_  
 Գործատու՝ \_\_\_\_\_ Չբաղվածության կարգավիճակ՝ \_\_\_\_\_  
 Չբաղվածության տևողությունը՝ \_\_\_\_\_ Գործազրկության ամսաթիվ/տևողություն՝ \_\_\_\_\_

**Ամուսնու/կնոջ կամ զուգընկերոջ/ուհու մասին տեղեկություններ**

Անուն՝ \_\_\_\_\_  
 Գործատու՝ \_\_\_\_\_ Չբաղվածության կարգավիճակ՝ \_\_\_\_\_  
 Ծննդյան ամսաթիվ՝ \_\_\_\_\_  
 Հեռախոսահամար՝ \_\_\_\_\_

**Տեղեկություններ կախյալի և/կամ ընտանիքի կազմի մասին**

| Անուն՝ | Ազգական կապ՝ | Ծննդյան ամսաթիվ՝ (աա/օօ/տտտտ) |
|--------|--------------|-------------------------------|
| 1.     |              |                               |
| 2.     |              |                               |
| 3.     |              |                               |
| 4.     |              |                               |
| 5.     |              |                               |
| 6.     |              |                               |

| Եկամտի նկարագիր՝ | Ամսական գումար՝ |
|------------------|-----------------|
| 1.               | \$              |
| 2.               | \$              |

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



## SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAMS AND APPLICATION

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



**ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԱՄՓՈՓԱԳԻՐԾՐԱԳՐԵՐ  
ԵՎ ԴԻՄՈՒՄՆԵՐ**

**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE  
PROGRAMS AND APPLICATION**

|                                                                                                                             |                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Վերադարձնել՝<br>Banner Health c/o PBM<br>PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711<br>BannerFAApplications@bannerhealth.com | Ընթացիկ ամսաթիվ՝<br>Բուժառուի անունը՝<br>Ծննդյան ամսաթիվ՝<br>Հաստատություն՝<br>Ծառայության ամսաթիվ՝ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Բժշկական տվյալներ                                      |                  |               |
|--------------------------------------------------------|------------------|---------------|
| Պարտքի տեսակը/ Ում                                     | Զմարված մնացորդ՝ | Ամսական վճար՝ |
| 1. (Բժիշկ)                                             | \$               | \$            |
| 2. (Հիվանդանոց)                                        | \$               | \$            |
| 3. (Պատկերում)                                         | \$               | \$            |
| 4. (Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքեր/Տնային խնամք) | \$               | \$            |
| 5. (Շտապ օգնության մեքենա)                             | \$               | \$            |
| 6.                                                     | \$               | \$            |

Ես կցանկանայի մասնակցել Banner Health-ի ֆինանսական աջակցության ծրագրին և հասկանում եմ, որ բացահայտված բոլոր անձնական տեղեկություններն օգտագործվելու են միայն իմ իրավասությունը որոշելու նպատակով: Banner Health-ը դրանք կպահի անվտանգ և գաղտնի:

Որքանով իրազեկված եմ, իմ կողմից տրամադրած տեղեկությունները ճշգրիտ են: Ինձ բացատրվել է և ես համաձայն եմ, որ որպես Banner Health-ի ֆինանսական աջակցության ծրագրից օգտվելու իմ իրավասության որոշման պայման, եթե որոշվի, որ ես իրավասու եմ և ստանամ աջակցություն, ցանկացած երրորդ կողմի ֆինանսավորման կամ նման ֆինանսավորման իրավասության դեպքում, համաձայն Արիզոնայի առողջապահական օրենսգրքի ARS Sec. 33-931, հողվածի և դրան կատարված փոփոխությունների կամ այլ կիրառելի օրենքների, Banner Health-ը կարող է կարող է դա վերանայել և հետ պահանջել ինձ տրամադրված ֆինանսական աջակցության գեղչը ճշգրտելու և փոխհաշվարկ կատարելու նպատակով:

Պատասխանատու կողմի ստորագրությունը՝ \_\_\_\_\_ Ամսաթիվ/Ժամ՝ \_\_\_\_\_

Տպատառ անունը՝ \_\_\_\_\_

Ամուսնու/կնոջ կամ զուգընկերոջ/  
ուհու ստորագրությունը՝ \_\_\_\_\_ Ամսաթիվ/Ժամ՝ \_\_\_\_\_

Տպատառ անունը՝ \_\_\_\_\_

Վերադարձնել՝  
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:<br>Banner Health c/o PBM<br>PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711<br>BannerFAApplications@bannerhealth.com | Current Date:<br>Patient Name:<br>Birth Date:<br>Facility:<br>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**