

**សេចក្តីសង្ខេបអំពីកម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនៅមន្ទីរពេទ្យទាំងអស់ ដែលកាន់កាប់ និង
ដំណើរការដោយ BANNER HEALTH (BH)**

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

Banner Health មានផ្តល់ជូនកម្មវិធីជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ដល់អ្នកជំងឺដែលគ្មានការធានារ៉ាប់រង អ្នកជំងឺដែលមានការធានារ៉ាប់រងមិនគ្រប់គ្រាន់ និងអ្នកជំងឺក្រីក្រខ្វះលទ្ធភាពបង់ថ្លៃពេទ្យ។ គោលការណ៍នេះអនុវត្តចំពោះតែមន្ទីរពេទ្យ Banner និងចំពោះអង្គភាព BH ណាមួយផ្សេងទៀតតែប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកជំងឺដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រង សំដៅលើអ្នកជំងឺ ដែលគ្មានការធានារ៉ាប់រងពីភាគីទីបី ហើយដែលមិនបានចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងរបស់រដ្ឋាភិបាលដែរ។ អ្នកជំងឺដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រង ខាងមន្ទីរពេទ្យ ជាដំបូង នឹងគិតថ្លៃ ទៅតាមកម្រិតនៃការចេញថ្លៃដោយខ្លួនឯង សម្រាប់សេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រង។ អ្នកជំងឺដែលមានការធានារ៉ាប់រងមិនគ្រប់គ្រាន់សំដៅលើអ្នកជំងឺដែលមានការធានារ៉ាប់រងពីភាគីទីបី ប៉ុន្តែមានដែនកំណត់ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ឬមានការទទួលខុសត្រូវរួម រួមទាំងថ្លៃកាត់កង ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា និងការធានារ៉ាប់រងរួម និងមានការចំណាយចេញពីហោប៉ៅផ្ទាល់ខ្លួនលើសពីសមត្ថភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់គេ។ អ្នកជំងឺក្រីក្រខ្វះលទ្ធភាពបង់ថ្លៃពេទ្យសំដៅលើគ្រួសារដែលត្រូវចំណាយលើថ្លៃពេទ្យ ក្នុងអំឡុងពេល 12 ខែមុន ដោយចំណែកនៃថ្លៃចំណាយ ដែលគ្រួសារត្រូវទទួលខុសត្រូវនោះមានលើសពី 50% នៃប្រាក់ចំណូលសរុបរបស់គ្រួសារគាត់ នៅក្នុងឆ្នាំនោះ។ ដើម្បីបញ្ជាក់ថា តើគ្រួសារណាមួយ ជាគ្រួសារដែលក្រីក្រខ្វះលទ្ធភាពបង់ថ្លៃពេទ្យដែរឬទេនោះ គឺយើងត្រូវយកថ្លៃចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់របស់គ្រួសារនោះ មកដាក់បញ្ចូលគ្នា រួមទាំងថ្លៃចំណាយលើផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជា BH ផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកជំងឺដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រង អ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានការបញ្ចុះតម្លៃ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចបំពេញតាមលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ទទួលបានជំនួយពីកម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដោយផ្អែកលើគោលការណ៍ណែនាំអំពីកម្រិតនៃភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធទេនោះ។ លក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដែលអាចទទួលបានការបញ្ចុះតម្លៃមានន័យថា អ្នកនឹងត្រូវបានគិតប្រាក់ 1.25 x AGB (ចំនួនប្រាក់ដែលត្រូវចេញវិក្កយបត្រ) ដែលផ្អែកលើចំនួនមធ្យម ដែលនឹងត្រូវបង់ទៅមន្ទីរពេទ្យដោយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន និងគម្រោង Medicare (និងថ្លៃបង់រួម និងថ្លៃកាត់កង) សម្រាប់សេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលអ្នកទទួលបាន ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រង។

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកជំងឺដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រង អ្នកនឹងមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ BH (1) ប្រសិនបើអ្នកមានប្រាក់ចំណូលក្នុងគ្រួសារប្រចាំឆ្នាំ និងទំហំគ្រួសារដែលស្មើនឹង ឬតិចជាង 400% នៃកម្រិតភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធ ហើយខ្វះទ្រព្យធនផ្សេងទៀតដើម្បីបង់ថ្លៃមន្ទីរពេទ្យគ្រប់ចំនួន ហើយ (2) ប្រសិនបើមន្ទីរពេទ្យបានស្នើសុំឱ្យធ្វើដូច្នេះ អ្នកត្រូវដាក់ពាក្យសុំ Medicaid/ AHCCCS សហការយ៉ាងពេញទំហំក្នុងការដាក់ពាក្យស្នើសុំ និងដំណើរការនៃការសម្រេច ឬប្រសិនបើអ្នកមិនអាចបញ្ចប់ដំណើរការស្នើសុំដោយសមហេតុផលទេនោះ ការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicaid/AHCCCS ត្រូវបានបដិសេធ។

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកជំងឺដែលមានការធានារ៉ាប់រងមិនគ្រប់គ្រាន់ អ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ BH សម្រាប់ការបញ្ចុះតម្លៃដល់ការធានារ៉ាប់រងមិនគ្រប់គ្រាន់/សមតុល្យបន្ទាប់ពីការធានារ៉ាប់រង។ អ្នកនឹងត្រូវដាក់ពាក្យស្នើសុំការពិចារណា និងបំពេញតាមទាំងលក្ខខណ្ឌតម្រូវរបស់សមតុល្យវិក្កយបត្រគិតប្រាក់ពីមន្ទីរពេទ្យ ដែលមានចែងនៅក្នុងគោលការណ៍ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ និងគោលការណ៍ណែនាំអំពីកម្រិតភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ BH នោះអ្នកនឹងមិនមានករណីណាមួយដែលត្រូវបានគិតប្រាក់លើសពីចំនួនដែលត្រូវបានគិតថ្លៃក្នុងវិក្កយបត្រទៅសម្រាប់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតឡើយ។ លើសពីនេះទៀត អ្នកនឹងមិនតម្រូវឱ្យធ្វើការទូទាត់ជាមុន ឬការរៀបចំការទូទាត់ផ្សេងទៀត ដើម្បីទទួលបានសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់នោះទេ។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ ដើម្បីទទួលបានសេវាដែលមិនសង្គ្រោះបន្ទាន់ ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកនឹងត្រូវបានទាមទារឱ្យធ្វើការកក់ប្រាក់ជាមុនយ៉ាងច្រើន ឬការរៀបចំការទូទាត់ផ្សេងទៀតដោយផ្អែកលើការប៉ាន់ប្រមាណនៃចំនួនទឹកប្រាក់ ដែលត្រូវបានគិតថ្លៃក្នុងវិក្កយបត្រទៅ។

ច្បាប់ចម្លងឥតគិតថ្លៃនៃគោលនយោបាយជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់មន្ទីរពេទ្យ គោលនយោបាយចេញវិក្កយបត្រ និងការប្រមូលប្រាក់ និងទម្រង់ពាក្យស្នើសុំមាននៅលើគេហទំព័រ Banner Health នៅអាសយដ្ឋាន Bannerhealth.com។ ការបកប្រែជាភាសាអេស្បាញនូវសេចក្តីសង្ខេបនេះ គោលនយោបាយជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុនិងការចេញវិក្កយបត្ររបស់មន្ទីរពេទ្យ និងទម្រង់ពាក្យស្នើសុំមាននៅលើគេហទំព័រ Banner និងមន្ទីរពេទ្យ និងនៅក្នុងតំបន់ទទួលអ្នកជំងឺរបស់មន្ទីរពេទ្យ។ ច្បាប់ចម្លងក៏អាចរកបានតាមប្រៃសណីយ៍តាមរយៈការទាក់ទងទៅកាន់សេវាកម្មហិរញ្ញវត្ថុអ្នកជំងឺ Banner តាមលេខ (888) 264-2127។ បុគ្គលិកផ្នែកសេវាកម្មហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នកជំងឺ Banner អាចរកបានដើម្បីឆ្លើយសំណួរ និងផ្តល់ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ដំណើរការដាក់ពាក្យ និងអង្គការមិនស្វែងរកប្រាក់ចំណេញ និងទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលដែលអាចជួយជាមួយកម្មវិធីទាំងនេះ។ សូមទាក់ទងទៅលេខ (888) 264-2127 ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរបន្ថែម។

សេវាកម្មហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់អ្នកជំងឺរបស់ Banner
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

សេចក្តីសង្ខេបអំពីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ កម្មវិធី និងពាក្យស្នើសុំ

SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAMS AND APPLICATION

ធ្វើត្រួតពិនិត្យទៅកាន់៖ Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	កាលបរិច្ឆេទបច្ចុប្បន្ន៖ ឈ្មោះអ្នកជំងឺ៖ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ មណ្ឌលព្យាបាល៖ កាលបរិច្ឆេទសេវា៖
--	---

ការណែនាំ៖ បំពេញពាក្យស្នើសុំ និងដាក់បញ្ចូលឯកសារខាងក្រោម ហើយផ្ញើត្រឡប់ទៅអាសយដ្ឋាន ឬអ៊ីមែលខាងលើ។

**មិនអាចអនុវត្តបានសម្រាប់ទីតាំងដែលអនុម័តដោយ NHSC រួមមាន៖ Fallon, NV, Fernley, NV, Susanville, CA, Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ, Maricopa, AZ, Torrington, WY និង Wheatland, WY។

- ភស្តុតាងប្រាក់ចំណូល។ ឯកសារដែលអាចទទួលយកបានរួមមាន៖
 - ប្រសិនបើបច្ចុប្បន្នកំពុងធ្វើការ ច្បាប់ចម្លងនៃចុងសន្លឹកបញ្ញើប្រាក់បៀវត្សរ៍ថ្មីចុងក្រោយបំផុតចំនួនបី (3) សន្លឹក (អ្នកជំងឺ អ្នកធានា និងថ្មី/ប្រពន្ធ)
 - ប្រសិនបើជាបុគ្គលស្វ័យនិយោជន៍ ច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទប្រកាសពន្ធសហព័ន្ធ តារាង C ឬភស្តុតាងប្រាក់ចំណូលនិងការចំណាយផ្សេងៗ
 - ប្រសិនបើចូលនិវត្តន៍ហើយ និង/ឬទទួលបានរបបសន្តិសុខសង្គម ច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទ SSA 1099 ឬសំបុត្រផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នេះ**
 - ប្រសិនបើគ្មានការងារធ្វើ ច្បាប់ចម្លងនៃពន្ធលើប្រាក់ចំណូលរបស់សហព័ន្ធកាលពីឆ្នាំមុនរបស់អ្នក សំបុត្រផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ភាពអត់ការងារធ្វើ ឬលិខិតប្រកាសប្រាក់ចំណូលដោយខ្លួនឯង។**
 - ការសម្រេចផ្តល់ជំនួយរបស់រដ្ឋ ឬរដ្ឋាភិបាល (Medicaid/AHCCCS)**
 - ប្រសិនបើមានការស្នើសុំ ច្បាប់ចម្លងនៃវិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាបស់ Banner**

ព័ត៌មានអំពីអ្នកដាក់ពាក្យសុំ

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យ/អ្នកធានា៖ _____ លេខរបបសន្តិសុខសង្គម៖** _____

អាសយដ្ឋាន៖ _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ _____

លេខទូរសព្ទ៖ _____

និយោជក៖ _____ ស្ថានភាពការងារ៖ _____

រយៈពេលការងារ៖ _____ រយៈពេល/កាលបរិច្ឆេទគ្មានការងារធ្វើ៖ _____

ព័ត៌មានអំពីប្តីប្រពន្ធ ឬដៃគូ

ឈ្មោះ៖ _____

និយោជក៖ _____ ស្ថានភាពការងារ៖ _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ _____

លេខទូរសព្ទ៖ _____

ព័ត៌មានរបស់អ្នកនៅក្នុងបន្ទុក និង/ឬទំហំគ្រួសារ

ឈ្មោះ៖	ទំនាក់ទំនង៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ (mm/dd/yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

ការពិពណ៌នាអំពីប្រាក់ចំណូល៖	ចំនួនប្រចាំខែ៖
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

សេចក្តីសង្ខេបអំពីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ កម្មវិធី និងពាក្យស្នើសុំ

**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AND APPLICATION**

ផ្ញើត្រលប់ទៅកាន់៖ Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	កាលបរិច្ឆេទបច្ចុប្បន្ន៖ ឈ្មោះអ្នកជំងឺ៖ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ មណ្ឌលព្យាបាល៖ កាលបរិច្ឆេទសេវា៖
--	---

ព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ		
ប្រភេទបំណុល/ជំពាក់អ្នកណា៖	សមតុល្យដែលមិនទាន់ទូទាត់៖	ការទូទាត់ប្រចាំខែ
1. (វេជ្ជបណ្ឌិត)	\$	\$
2. (មន្ទីរពេទ្យ)	\$	\$
3. (រូបភាព)	\$	\$
4. (DME/ការថែទាំតាមផ្ទះ)	\$	\$
5. (ឡានពេទ្យ)	\$	\$
6.	\$	\$

ខ្ញុំចង់ចូលរួមក្នុងកម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់ Banner Health

ហើយយល់ថាព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដែលបានបង្ហាញទាំងអស់គឺសម្រាប់តែគោលបំណងធ្វើការកំណត់សិទ្ធិទទួលបានជំនួយបស់ខ្ញុំ។ Banner Health នឹងរក្សាសុវត្ថិភាព និងភាពសម្ងាត់នៃលិខិតនេះ។

ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូន គឺត្រឹមត្រូវបំផុត ទៅតាមអ្វីដែលខ្ញុំអាចដឹង។ ខ្លឹមសារទាំងអស់ ត្រូវបានគេពន្យល់ឱ្យខ្ញុំស្តាប់ ហើយខ្ញុំក៏យល់ព្រមថាជាលក្ខខណ្ឌនៃលក្ខណសម្បត្តិរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុពី Banner Health ប្រសិនបើខ្ញុំមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ និងទទួលបានជំនួយ មូលនិធិរបស់ភាគីទីបីណាមួយដែលខ្ញុំទទួលបាន ឬមានសិទ្ធិទទួលបាន ដោយអនុលោមតាមច្បាប់ ARS ផ្នែក 33-931 និងផ្នែកបន្ទាប់ លក្ខន្តិកៈនៃការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពរបស់ Arizona ឬលក្ខន្តិកៈដែលអាចអនុវត្តបាន អាចត្រូវបានពិចារណា និងយកប្រើ ឡើងវិញដោយ Banner Health ដើម្បីដោះស្រាយ និងទូទាត់ការបញ្ចុះតម្លៃជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដែលបានផ្តល់ឱ្យខ្ញុំ។

ហត្ថលេខាភាគីទទួលខុសត្រូវ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ/មោឃៈ _____

ឈ្មោះសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ៖ _____

ហត្ថលេខាប្តីឬប្រពន្ធ ឬ ដៃគូ _____ កាលបរិច្ឆេទ/មោឃៈ _____

ឈ្មោះសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ៖ _____

ផ្ញើត្រលប់ទៅកាន់៖

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