

**BANNER HEALTH(BH)가 소유 및 운영하는 모든 병원에서의
재정 지원 프로그램 요약**

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

Banner Health는 무보험, 보험 부족 및 의료 빈곤층 환자에게 재정 지원 프로그램을 제공합니다. 이 방침은 Banner 병원 및 기타 특정 BH 법인격체에 적용됩니다. 무보험 환자는 제3자 보험이 없고 정부 보험 프로그램에도 가입되어 있지 않은 환자를 의미합니다. 무보험 환자는 보장대상 서비스에 대해 처음에는 자기부담률이 부과됩니다. 보험 부족 환자는 제3자 보험에 가입되어는 있지만, 공제액, 공동부담금(코페이먼트), 공동보험비 등 재정적 제한 또는 공동책임이 있어서 자신의 재정 능력을 초과하는 본인부담금을 안고 있습니다. 의료 빈곤층 환자는 지난 12개월 동안 발생한 의료비가 있는 가구로서, 해당 가구가 부담해야 하는 부분이 해당 연도 가구 총 소득의 50%를 초과하는 가구를 의미합니다. 의료 빈곤층 가구인지 여부를 판단할 때는 BH가 아닌 곳에서 발생한 의료비를 포함하는 모든 의료비가 포함됩니다.

무보험 환자인 경우, 연방빈곤선 가이드라인을 기준으로 재정 지원 프로그램 자격을 충족하지 못하는 경우 할인된 요금을 받을 수 있습니다. 할인된 진료료를 받을 자격이 된다면, 보험에 가입했다라면 받는 의료적으로 필요한 서비스에 대해 민간 의료보험사와 Medicare가 병원에 지불했을 금액(그리고, 공동부담금 및 공제액)의 평균을 기준으로 $1.25 \times \text{AGB}$ (일반적으로 부과되는 금액)가 부과됩니다.

귀하가 무보험 환자인 경우, (1) 연간 가구소득 및 가구 규모가 연방 빈곤선의 400% 이하이고 병원 비용 전액을 지불할 다른 자산이 부족하고, (2) 병원의 요청이 있고, 귀하가 Medicaid/AHCCCS를 신청하고 신청 및 결정 절차에 전적으로 협조하거나, 신청 절차를 합리적으로 완료하지 못하여 Medicaid/AHCCCS 보장이 거부되는 경우, 귀하는 BH 재정 지원을 받을 자격이 있습니다.

귀하가 보험 부족 환자인 경우, 보험 부족/보험 처리 후 잔액 할인으로 BH 재정 지원을 받을 수 있습니다. 재정 지원 고려를 신청하고, 재정 지원 방침 및 연방빈곤선 가이드라인에 명시된 병원비 잔액 요건을 모두 충족시켜야 합니다.

귀하가 BH 재정 지원 자격이 있는 경우, 응급 서비스 또는 기타 의료적으로 필요한 서비스에 대해 일반적으로 청구되는 금액보다 더 많은 금액이 부과되지 않습니다. 또한 응급 서비스를 받기 위해 선불을 해야 하거나 기타 지불 약정을 해야 하는 것은 아닙니다. 그러나, 비응급 서비스를 받으려면, 대부분의 상황에서 일반적으로 부과되는 추정액을 기준으로 상당한 금액의 선불 또는 기타 지불 약정을 요구받게 됩니다.

병원의 재정 지원 방침, 부과 및 수금 방침, 신청서 양식의 무료 사본은 Banner Health 웹사이트 (Bannerhealth.com)에서 확인할 수 있습니다. 이 요약서의 스페인어 번역본, 병원의 재정 지원 방침 및 부과 방침, 신청서 양식은 Banner and Hospital 웹사이트와 병원의 입원 구역에 비치되어 있습니다. Banner 환자 재정 서비스 전화 (888) 264-2127번으로 연락하여 우편으로도 사본을 받을 수 있습니다. Banner 환자 재정 서비스 직원은 질문에 답변하고 재정 지원 프로그램, 신청 절차 및 이러한 신청을 지원할 수 있는 비영리단체 및 정부기관에 대한 정보를 제공합니다. 추가 질문이 있는 경우 (888) 264-2127번으로 연락해 주시기 바랍니다.

Banner 환자 재정 서비스
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



재정 지원 프로그램
요약 및 신청서

**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AND APPLICATION**

제출처: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	현재 날짜: 환자 성명: 생년월일: 시설: Svc 날짜:
---	---

지침: 신청서를 작성하고 다음 서류를 첨부하여 위의 주소 또는 이메일로 보내주세요.

**다음은 포함하여 NHSC 사업장에는 비적용: Fallon, NV, Fernley, NV, Susanville, CA, Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ, Maricopa, AZ, Torrington, WY, Wheatland, WY.

- 소득의 입증. 허용되는 서류:
 - 현재 고용되어 있는 경우, 지난 삼(3) 회 가장 최근 연속되는 급여명세서(환자, 보증인, 배우자) 사본
 - 자영업자의 경우, 연방 세금 양식표 C 사본 또는 기타 소득 및 비용 증빙 서류
 - 은퇴했거나 사회보장연금을 받고 있는 경우, SSA 1099 양식 또는 지급서 사본**
 - 실업 상태인 경우, 전년도 연방 소득세 신고서, 실업수당 지급서 또는 소득 자진신고서 사본**
 - 주 또는 정부의 지원 결정(Medicaid/AHCCCS)**
 - 요청 시, Banner 가 아닌 의료비 청구서 사본**

신청인 정보

신청인/보증인 이름: _____ 사회보장번호:** _____

주소: _____

생년월일: _____

전화번호: _____

고용주: _____ 고용 상태: _____

고용 기간: _____ 실업 날짜/기간: _____

배우자 또는 파트너 정보

성명: _____

고용주: _____ 고용 상태: _____

생년월일: _____

전화번호: _____

부양가족 및/또는 가구 규모 정보

성명:	관계:	생년월일: (mm/dd/yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

소득 내용:	월별 금액:
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



재정 지원 프로그램
요약 및 신청서

**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AND APPLICATION**

제출처: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	현재 날짜: 환자 성명: 생년월일: 시설: Svc 날짜:
---	---

의료 정보		
채무 유형 / 대상:	미지급 잔액:	월별 대금:
1. (의사)	\$	\$
2. (병원)	\$	\$
3. (영상검사) (영상검사)	\$	\$
4. (내구성 의료기기(DME)/홈 케어)	\$	\$
5. (앰불런스) (앰불런스)	\$	\$
6.	\$	\$

본인은 **Banner Health**의 재정 지원 프로그램에 참여하고 싶으며, 공개된 모든 개인 정보는 본인의 자격을 결정하기 위한 목적으로만 사용된다는 것을 이해합니다. **Banner Health**는 이 정보를 안전하게 비밀로 유지합니다.

본인이 제공한 정보는 본인이 아는 한 정확합니다. 본인은 **Banner Health**로부터 재정 지원을 받을 자격이 되는 조건으로, 본인이 지원을 받을 자격이 되어 지원을 받는 경우 **ARS** 섹션 33-931 이하, **Arizona**의 의료 담보권 법령 또는 관련 법령에 따라 본인이 받거나 받을 자격이 있는 제3자 자금은 **Banner Health**가 본인에게 제공한 재정 지원 할인을 처리하고 상쇄하기 위해 고려되고 회수될 수 있다는 사실을 설명 받았으며 이에 동의합니다.

책임있는 당사자 서명: _____ 날짜/시간: _____

성명(정자체): _____

배우자 또는 파트너 서명: _____ 날짜/시간: _____

성명(정자체): _____

제출처:
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