

**ສະຫຼຸບໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງໂຮງໝໍທັງໝົດທີ່ເປັນເຈົ້າຂອງ ແລະ
ດຳເນີນກິດຈະການໂດຍ BANNER HEALTH (BH)**

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

Banner Health ສະເໜີໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນແກ່ບັນດາຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ມີປະກັນໄພ, ຄົນເຈັບທີ່ມີການປະກັນໄພຕ່ຳ ແລະ ຄົນເຈັບທີ່ດ້ອຍໂອກາດທາງການແພດ. ນະໂຍບາຍນີ້ນຳໃຊ້ກັບບັນດາໂຮງໝໍຂອງ Banner ແລະ ສິ່ງອຳນວຍຄວາມສະດວກ BH ອື່ນໆ. ຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ມີປະກັນໄພ ໝາຍເຖິງຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ມີປະກັນໄພຈາກບຸກຄົນທີສາມ ແລະ ບໍ່ໄດ້ລົງທະບຽນເຂົ້າໃນໂຄງການປະກັນໄພຂອງລັດຖະບານ. ຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ມີປະກັນໄພຈະຖືກຮຽກເກັບຄ່າທຳນຽມໃນອັດຕາແບບຊຳລະເອງສຳລັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໃນເບື້ອງຕົ້ນ. ຄົນເຈັບທີ່ມີປະກັນໄພຕ່ຳ ໝາຍເຖິງຄົນເຈັບທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງປະກັນໄພຈາກບຸກຄົນທີສາມ, ແຕ່ມີວົງເງິນຈຳກັດ ຫຼື ມີຄວາມຮັບຜິດຊອບຮ່ວມກັນ, ລວມທັງຈຳນວນທີ່ເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບສ່ວນທຳອິດ, ການຈ່າຍຮ່ວມ ແລະ ການປະກັນໄພຮ່ວມ, ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍແບບຈັກຖົງຈ່າຍເອງທີ່ເກີນຄວາມສາມາດທາງດ້ານການເງິນຂອງຄົນເຈັບ. ຄົນເຈັບທີ່ດ້ອຍໂອກາດທາງການແພດ ໝາຍເຖິງຄອບຄົວທີ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ ເກີດຂຶ້ນໃນຊ່ວງ 12 ເດືອນຜ່ານມາ, ເຊິ່ງສ່ວນທີ່ຄົວເຮືອນຕ້ອງໄດ້ຮັບຜິດຊອບແມ່ນເກີນ 50% ຂອງລາຍຮັບລວມທັງໝົດຂອງຄົວເຮືອນໃນປີນັ້ນ. ເພື່ອຈຸດປະສົງໃນການກຳນົດວ່າຄົວເຮືອນເປັນຄົວເຮືອນທີ່ດ້ອຍໂອກາດທາງການແພດ ຫຼື ບໍ່, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດທັງໝົດ ຈະຖືກລວມເຂົ້າ, ລວມທັງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດທີ່ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບ BH.

ຖ້າທ່ານເປັນຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ມີປະກັນໄພ, ທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບອັດຕາທີ່ຫຼຸດ ຖ້າທ່ານບໍ່ຄົບເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ ໂດຍອີງໃສ່ຄຳແນະນຳວ່າດ້ວຍຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ. ການມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວແບບຫຼຸດລາຄາ ໝາຍຄວາມວ່າທ່ານຈະ ຖືກຮຽກເກັບຄ່າທຳນຽມ $1.25 \times \text{AGB}$ (ຈຳນວນເງິນທີ່ຮຽກເກັບໂດຍທົ່ວໄປ), ເຊິ່ງອີງໃສ່ຈຳນວນສະເລ່ຍທີ່ຜູ້ປະກັນໄພສຸຂະພາບເອກະຊົນ ແລະ Medicare ຈະຈ່າຍໃຫ້ກັບໂຮງໝໍ (ແລະ ການຮ່ວມຈ່າຍ ແລະ ຈຳນວນທີ່ເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບສ່ວນທຳອິດ) ສຳລັບການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນ ທາງການແພດທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີປະກັນໄພ.

ຖ້າທ່ານເປັນຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ມີປະກັນໄພ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງ BH (1) ຖ້າລາຍຮັບຄົວເຮືອນປະຈຳປີ ແລະ ຂະໜາດຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຢູ່ໃນລະດັບ ຫຼື ຕ່ຳກວ່າ 400% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ບໍ່ມີຊັບສິນອື່ນເພື່ອຈ່າຍໃບບິນ ຄ່າໂຮງໝໍທັງໝົດ ແລະ (2) ຖ້າມີການຮ້ອງຂໍຈາກໂຮງໝໍ, ທ່ານສະໝັກຂໍ Medicaid/AHCCCS, ໃຫ້ການຮ່ວມມືຢ່າງເຕັມທີ່ໃນຂະບວນ ການປະກອບຄຳຮ້ອງສະຫມັກ ແລະ ການພິຈາລະນາ ຫຼື ບໍ່ສາມາດດຳເນີນຂະບວນການປະກອບຄຳຮ້ອງສະໝັກໄດ້ສຳເລັດໂດຍສົມເຫດສົມຜົນ ແລະ ຖືກປະຕິເສດການຄຸ້ມຄອງຈາກ Medicaid/AHCCCS.

ຖ້າທ່ານເປັນຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ, ທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຈາກ BH ສຳລັບຜູ້ທີ່ມີປະກັນໄພຕ່ຳກວ່າ/ຍອດເງິນປະກັນໄພຫຼັກຈາກທີ່ໄດ້ຮັບສ່ວນຫຼຸດ. ທ່ານຕ້ອງຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍການພິຈາລະນາ ແລະ ຕອບສະຫນອງຄວາມຕ້ອງການດ້ານຍອດເງິນຂອງໂຮງໝໍທັງສອງທີ່ລະບຸໄວ້ໃນນະໂຍບາຍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນແລະ ຄຳແນະນຳຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ.

ຖ້າທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງ BH, ທ່ານຈະບໍ່ມີກໍລະນີໃດທີ່ຈະຖືກຮຽກເກັບຄ່າທຳນຽມຫຼາຍກວ່າຈຳນວນທີ່ຮຽກເກັບໂດຍທົ່ວໄປສຳລັບການບໍລິການສຸກເສີນ ຫຼື ການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດອື່ນໆ. ນອກຈາກນັ້ນ, ທ່ານຈະບໍ່ຖືກຮຽກຮ້ອງໃຫ້ຊຳລະລ່ວງຫນ້າ ຫຼື ການຈັດແຈງການຈ່າຍເງິນອື່ນໆ ເພື່ອເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸກເສີນ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ເພື່ອຮັບການບໍລິການທີ່ບໍ່ສຸກເສີນ, ໃນສະຖານະການສ່ວນໃຫຍ່ ທ່ານຈະຖືກຮຽກຮ້ອງໃຫ້ດຳເນີນການຝາກເງິນລ່ວງຫນ້າຢ່າງຫຼວງຫຼາຍ ຫຼື ການຈັດແຈງການຈ່າຍເງິນອື່ນໆໂດຍອີງໃສ່ການຄາດຄະເນຂອງຈຳນວນເງິນທີ່ຖືກຮຽກເກັບໂດຍທົ່ວໄປ.

ສຳເນົາຂອງນະໂຍບາຍວ່າດ້ວຍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງໂຮງໝໍ, ນະໂຍບາຍວ່າດ້ວຍການຮຽກເກັບເງິນ ແລະ ການເກັບເງິນ ແລະ ແບບຟອມສະໝັກຟຣີແມ່ນມີຢູ່ໃນເວັບໄຊ Bannerhealth.com. ສະບັບແປເປັນພາສາສະເປນຂອງບົດສະຫຼຸບນີ້, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງໂຮງໝໍ ແລະ ນະໂຍບາຍວ່າດ້ວຍການຮຽກເກັບເງິນ, ແບບຟອມສະໝັກແມ່ນມີຢູ່ໃນເວັບໄຊຂອງ Banner ແລະ ໂຮງໝໍ ແລະ ໃນພື້ນທີ່ຮັບເຂົ້າໂຮງໝໍ, ນອກຈາກນັ້ນ, ກໍຍັງຈະມີສະບັບສຳເນົາໃຫ້ທາງໄປສະນີອີກດ້ວຍໂດຍການຕິດຕໍ່ຝ່າຍບໍລິການດ້ານການເງິນສຳລັບຄົນເຈັບຂອງ Banner ທີ່ເບີ (888) 264-2127. ຝ່າຍບໍລິການດ້ານການເງິນສຳລັບຄົນເຈັບຂອງ Banner ພ້ອມທີ່ຈະຕອບຄຳຖາມ ແລະ ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ, ຂະບວນການປະກອບຄຳຮ້ອງຂໍສະຫມັກ ແລະ ອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ບໍ່ຫວັງຜົນກຳໄລ ແລະ ໜ່ວຍງານຕ່າງໆຂອງລັດຖະບານທີ່ສາມາດຊ່ວຍໃນການປະກອບຄຳຮ້ອງສະຫມັກເຫຼົ່ານີ້, ກະລຸນາໂທຫາເບີ (888) 264-2127 ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມເພີ່ມເຕີມ.

Banner Patient Financial Services (ຝ່າຍບໍລິການດ້ານການເງິນສຳລັບຄົນເຈັບຂອງ 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

ຂໍສະຫຼຸບກ່ຽວກັບໂຄງການການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ ແລະ ຄໍາຮ້ອງສະຫມັກ

SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAMS AND APPLICATION

ກັບໄປທີ່: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	ວັນທີປັດຈຸບັນ: ຊື່ຄົນເຈັບ: ວັນເດືອນປີເກີດ: ສະຖານພະຍາບານ: ວັນທີໃຫ້ບໍລິການ:
--	---

ຄໍາແນະນຳ: ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄໍາຮ້ອງສະຫມັກ ແລະ ປະກອບເອກະສານຕໍ່ໄປນີ້ແລ້ວສົ່ງຄືນໄປທີ່ທີ່ຢູ່ ຫຼື ອີເມວຂ້າງເທິງ.

**ບໍ່ສາມາດໃຊ້ໄດ້ໃນສະຖານທີ່ຕ່າງໆ NHSC ເຊັ່ນ: Fallon, NV, Fernley, NV, Susanville, CA, Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ, Maricopa, AZ, Torrington, WY ແລະ Wheatland, WY.

- ຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນລາຍຮັບ, ເອກະສານທີ່ຍອມຮັບໄດ້ ລວມມີ:
 - ຖ້າມີວຽກເຮັດໃນປັດຈຸບັນ, ສໍາເນົາໃບບິນຮັບເງິນເດືອນສາມ (3) ງວດສຸດທ້າຍຕິດຕໍ່ກັນ (ຄົນເຈັບ, ຜູ້ຄ້ຳປະກັນ ແລະ ຄູ່ສົມລົດ)
 - ຖ້າເຮັດທຸລະກິດຂອງຕົນເອງ, ສໍາເນົາແບບແຈ້ງຟອມພາສີຂອງລັດຖະບານກາງ ຕາຕະລາງ C ຫຼື ຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນລາຍຮັບ ແລະ ຄໍາໃຊ້ຈ່າຍອື່ນໆ
 - ຖ້າບໍານານ ແລະ/ຫຼື ໄດ້ຮັບປະກັນສັງຄົມ, ສໍາເນົາແບບຟອມ SSA 1099 ຫຼື ຈົດໝາຍມອບລາງວັນ**
 - ຖ້າຄົນຫວ່າງງານ, ສໍາເນົາໃບເສຍອາກອນລາຍໄດ້ຂອງລັດຖະບານກາງປົກກະຕິຂອງທ່ານ, ຈົດໝາຍລາງວັນການຫວ່າງງານ ຫຼື ໃບປະກາດລາຍຮັບດ້ວຍຕົນເອງ.**
 - ການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງລັດ ຫຼື ລັດຖະບານ (Medicaid/AHCCCS)**
 - ຖ້າຮ້ອງຂໍ, ສໍາເນົາໃບບິນຄ່າທາງການແພດທີ່ບໍ່ແມ່ນຂອງ Banner**

ຂໍ້ມູນຜູ້ສະຫມັກ

ຊື່ຜູ້ສະຫມັກ/ຜູ້ຄ້ຳປະກັນ: _____ ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ:** _____

ທີ່ຢູ່: _____

ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

ເບີໂທລະສັບ: _____

ນາຍຈ້າງ: _____ ສະຖານະພາບການຈ້າງງານ: _____

ໄລຍະເວລາການຈ້າງງານ: _____ ວັນທີ/ໄລຍະເວລາຫວ່າງງານ: _____

ຂໍ້ມູນຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຄູ່ຮັກ

ຊື່: _____

ນາຍຈ້າງ: _____ ສະຖານະພາບການຈ້າງງານ: _____

ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

ເບີໂທລະສັບ: _____

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຂະໜາດຂອງຜູ້ທີ່ເພິ່ງອາໄສ ແລະ/ຫຼື ຄົວເຮືອນ

ຊື່:	ສາຍພົວພັນ:	ວັນເດືອນປີເກີດ: (mm/dd/yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

ຄໍາອະທິບາຍລາຍລະອຽດລາຍຮັບ:	ຈໍານວນເງິນປະຈໍາເດືອນ:
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

ຂໍສະຫຼຸບກ່ຽວກັບໂຄງການການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ ແລະ ຄໍາຮ້ອງສະຫມັກ**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AND APPLICATION**

ກັບໄປທີ່: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	ວັນທີປັດຈຸບັນ: ຊື່ຄົນເຈັບ: ວັນເດືອນປີເກີດ: ສະຖານພະຍາບານ: ວັນທີໃຫ້ບໍລິການ:
--	---

ຂໍ້ມູນທາງການແພດ		
ປະເພດຫນີ້ສິນ / ກັບໃຜ:	ຍອດເງິນທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ຈ່າຍ:	ການຈ່າຍເງິນລາຍເດືອນ:
1. (ທ່ານໝໍ)	\$	\$
2. (ໂຮງໝໍ)	\$	\$
3. (ການສ້າງຮູບພາບ)	\$	\$
4. (ການດູແລທີ່ບ້ານ/DME)	\$	\$
5. (ລົດສຸກເສີນ)	\$	\$
6.	\$	\$

ຂ້າພະເຈົ້າຢາກເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງ Banner Health ແລະ ເຂົ້າໃຈວ່າຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທັງໝົດທີ່ເປີດເຜີຍແມ່ນເພື່ອຈຸດປະສົງພຽງຢ່າງດຽວ
ໃນການກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າເທົ່ານັ້ນ. Banner Health ຈະຮັກສາຂໍ້ມູນນີ້ໃຫ້ປອດໄພ ແລະ ເປັນຄວາມລັບ.

ຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສະໜອງໃຫ້ແມ່ນຖືກຕ້ອງທີ່ສຸດເທົ່າທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ແລ້ວ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຄໍາອະທິບາຍ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນດີກັບເງື່ອນໄຂຂອງການມີສິດໄດ້ຮັບ
ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຈາກ Banner Health ແລ້ວ. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າມີສິດໄດ້ຮັບ ແລະ ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ທຶນຈາກບຸກຄົນທີສາມໃດໆ ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບ ຫຼື
ມີສິດໄດ້ຮັບ, ອີງຕາມ ARS Sec 33-931 et seq., ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍ
ສິດທິການຮັກສາພະຍາບານຂອງລັດ Arizona ຫຼື ກົດໝາຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ, ກໍອາດຈະຖືກນຳມາພິຈາລະນາ ແລະ ຮຽກຄືນໂດຍ Banner Health ເພື່ອຈັດການ ແລະ
ຊົດເຊີຍສ່ວນຫຼຸດການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນທີ່ມອບໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮັບຜິດຊອບ: _____ ວັນທີ/ເວລາ: _____

ພິມຊື່ແຈ້ງ: _____

ລາຍເຊັນຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຄູ່ຮ່ວມງານ: _____ ວັນທີ/ເວລາ: _____

ພິມຊື່ແຈ້ງ: _____

ກັບໄປທີ່:

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