

**BANNER HEALTH (BH) ਦੀ ਮਲਕੀਅਤ ਅਤੇ ਸੰਚਾਲਿਤ ਸਾਰੇ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਵਿੱਤੀ  
ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦਾ ਸਾਰ**

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

Banner Health ਬੀਮਾ ਰਹਿਤ, ਘੱਟ-ਬੀਮਾਯੁਕਤ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਗਰੀਬ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹਨ। ਇਹ ਨੀਤੀ ਸਿਰਫ਼ Banner hospitals 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਨਾ ਕਿ ਕਿਸੇ ਹੋਰ BH ਸਹੂਲਤਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ASC, ਇਮੇਜਿੰਗ, ਜਾਂ ਅਰਜੈਂਟ ਕੇਅਰ 'ਤੇ। ਇੱਕ ਬੀਮਾ ਰਹਿਤ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਅਰਥ ਹੈ ਇੱਕ ਅਜਿਹਾ ਮਰੀਜ਼ ਜਿਸ ਕੋਲ ਤੀਜੀ-ਪਿਰ ਦਾ ਬੀਮਾ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਜੋ ਕਿਸੇ ਸਰਕਾਰੀ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਨਾਮ ਦਰਜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਬੀਮਾ ਰਹਿਤ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਰ ਲਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇੱਕ ਘੱਟ-ਬੀਮਾਯੁਕਤ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਮਤਲਬ ਇੱਕ ਅਜਿਹਾ ਮਰੀਜ਼ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਕੋਲ ਥਰਡ-ਪਾਰਟੀ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਵਿੱਤੀ ਸੀਮਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਹਿ-ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਦੇ ਨਾਲ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਡਿਡਕਟਬਲ, ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਉਸਦੇ ਖੁਦ ਦੇ ਖਰਚੇ ਉਸਦੀ ਵਿੱਤੀ ਯੋਗਤਾਵਾਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਗਰੀਬ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਉਹ ਪਰਿਵਾਰ ਜਿਸਦੇ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚਿਆਂ ਦਾ ਉਹ ਹਿੱਸਾ ਜਿਸ ਲਈ ਪਰਿਵਾਰ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਉਸ ਸਾਲ ਲਈ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨ ਦੇ 50% ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੈ। ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿ ਕੀ ਕੋਈ ਪਰਿਵਾਰ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਗਰੀਬ ਪਰਿਵਾਰ ਹੈ, ਸਮੇਤ ਗੈਰ-BH ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚਿਆਂ ਦੇ ਸਾਰੇ ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚੇ ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਬੀਮਾ ਰਹਿਤ ਮਰੀਜ਼ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਛੋਟ ਵਾਲੀ ਦਰ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸੰਘੀ ਫ਼ੇਡਰਲ ਪਾਵਰਟੀ ਲੇਵਲ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ Financial assistance program ਲਈ ਯੋਗਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹੋ। ਛੋਟ ਵਾਲੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਤੋਂ  $1.25 \times$  AGB (ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਲ ਕੀਤੀ ਗਈ ਰਕਮ), ਜੋ ਕਿ ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾਕਰਤਾਵਾਂ ਅਤੇ Medicare (ਅਤੇ ਸਹ-ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ ਡਿਡਕਟਬਲਜ਼) ਦੁਆਰਾ ਹਸਪਤਾਲ ਨੂੰ ਅਦਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਰਕਮਾਂ ਦੀ ਔਸਤ 'ਤੇ ਅਧਾਰਤ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਬੀਮਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਬੀਮਾ ਰਹਿਤ ਮਰੀਜ਼ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ BH ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ (1) ਲਈ ਯੋਗ ਹੋਵੋਗੇ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਸਾਲਾਨਾ ਘਰੇਲੂ ਆਮਦਨ ਅਤੇ ਘਰੇਲੂ ਆਕਾਰ ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰ ਦੇ 400% ਦੇ ਬਰਾਬਰ ਜਾਂ ਘੱਟ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਪੂਰੇ ਖਰਚਿਆਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਹੋਰ ਸੰਪਤੀਆਂ ਦੀ ਘਾਟ ਹੈ ਅਤੇ, (2) ਜੇਕਰ ਹਸਪਤਾਲ ਦੁਆਰਾ ਅਜਿਹਾ ਕਰਨ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ Medicaid/AHCCCS ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਅਰਜ਼ੀ ਅਤੇ ਨਿਰਧਾਰਨ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿੱਚ ਪੂਰਾ ਸਹਿਯੋਗ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਅਰਜ਼ੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਵਾਜਬ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ Medicaid/AHCCCS ਕਵਰੇਜ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਘੱਟ ਬੀਮਾਯੁਕਤ ਮਰੀਜ਼ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਬੀਮਾ ਛੋਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਘੱਟ ਬੀਮਾਯੁਕਤ/ਬਕਾਇਆ ਲਈ BH ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਿਚਾਰੇ ਜਾਣ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਦੀ ਅਤੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਅਤੇ ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਦੱਸੀਆਂ ਗਈਆਂ ਦੇਹਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਬਿੱਲ ਬਕਾਇਆ ਲੋੜਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ BH ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਤੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਹੋਰ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਲ ਕੀਤੀਆਂ ਰਕਮਾਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਖਰਚਾ ਨਹੀਂ ਲਿਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਦੇ ਵੀ ਕੋਈ ਅਗਾਊਂ ਭੁਗਤਾਨ ਜਾਂ ਹੋਰ ਕੋਈ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪਵੇਗੀ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਗੈਰ-ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਲ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਰਕਮਾਂ ਦੇ ਅੰਦਾਜ਼ੇ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਇੱਕ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਪੇਸ਼ਗੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਜਾਂ ਹੋਰ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ।

ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ, ਬਿਲਿੰਗ ਅਤੇ ਉਗਰਾਹੀ ਨੀਤੀ, ਅਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਫਾਰਮ ਦੀ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਕਾਪੀ Banner Health ਵੈੱਬਸਾਈਟ [Bannerhealth.com](http://Bannerhealth.com) 'ਤੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਇਸ ਸੰਖੇਪ ਦਾ ਸਪੇਨੀ ਅਨੁਵਾਦ, ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਬਿਲਿੰਗ ਨੀਤੀਆਂ, ਅਤੇ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ Banner ਅਤੇ Hospital ਦੀਆਂ ਵੈੱਬਸਾਈਟਾਂ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਐਡਮਿਨਿਸਟਰੇਟਰ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਕਾਪੀਆਂ Banner Patient Financial Services ਨੂੰ (888) 264-2127 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰਕੇ ਮੇਲ ਰਾਹੀਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। The Banner Patient Financial Services ਦਾ ਸਟਾਫ਼ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਅਤੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ, ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਅਤੇ ਗੈਰ-ਮੁਨਾਫ਼ਾ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀਆਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ ਜੋ ਇਹਨਾਂ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਹੋਰ ਸਵਾਲ ਹਨ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ (888) 264-2127 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

Banner ਮਰੀਜ਼ ਵਿੱਤੀ ਸੇਵਾਵਾਂ

PO ਬਾਕਸ 743711, ਲਾਸ ਏਂਜਲਸ, 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**

**ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਅਤੇ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ  
ਦਾ ਸੰਖੇਪ**

**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE  
PROGRAMS AND APPLICATION**

ਇਸ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਜਾਓ: Banner Health c/o PBM PO ਬਾਕਸ 743711, ਲਾਸ ਏਂਜਲਸ, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	ਅੱਜ ਦੀ ਮਿਤੀ: ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ: ਜਨਮ ਮਿਤੀ: ਫੈਸਿਲਟੀ: ਸੇਵਾ ਦੀ ਮਿਤੀ:
--	---

ਹਦਾਇਤਾਂ: ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ  
ਪਤੇ ਜਾਂ ਈਮੇਲ 'ਤੇ ਭੇਜੋ।

NHSC ਪ੍ਰਵਾਨਿਤ ਸਥਾਨਾਂ ਲਈ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ: Fallon, NV, Fernley, NV, Susanville, CA, Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ, Maricopa, AZ, Torrington, WY.

• ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਸਬੂਤ। ਸਵੀਕਾਰਯੋਗ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:

- ਤੁਹਾਡੇ ਨਵੀਨਤਮ ਤਿੰਨ (3) ਲਗਾਤਾਰ ਤਨਖਾਹ ਦੇ ਸਟੱਬਾਂ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਚ ਨੌਕਰੀ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ (ਮਰੀਜ਼, ਗਾਰੰਟਰ, ਅਤੇ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ)
- ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਫੈਡਰਲ ਟੈਕਸ ਫਾਰਮ ਅਨੁਸੂਚੀ C ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਜਾਂ ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਖਰਚਿਆਂ ਦੇ ਹੋਰ ਸਬੂਤ
- ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸੇਵਾਮੁਕਤ ਹੋ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ SSA 1099 ਫਾਰਮ ਜਾਂ ਰਿਵਾਰਡ ਪੱਧਰ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ\*\*
- ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਦੀ ਫੈਡਰਲ ਆਮਦਨ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ, ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ ਰਿਵਾਰਡ ਪੱਤਰ ਜਾਂ ਆਮਦਨ ਪੱਤਰ ਦੀ ਸਵੈ-ਘੋਸ਼ਣਾ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ।\*\*
- ਰਾਜ ਜਾਂ ਸਰਕਾਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦਾ ਨਿਰਧਾਰਨ (Medicaid/AHCCCS)\*\*
- ਜੇਕਰ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਗੈਰ-Banner ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲਾਂ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ\*\*

**ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ**

ਬਿਨੈਕਾਰ/ਗਾਰੰਟਰ ਦਾ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_ ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ:\*\* \_\_\_\_\_

ਪਤਾ: \_\_\_\_\_

ਜਨਮ ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_

ਫੋਨ ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_

ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ: \_\_\_\_\_ ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਸਥਿਤੀ: \_\_\_\_\_

ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦੀ ਲੰਬਾਈ: \_\_\_\_\_ ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰ ਮਿਤੀ/ਲੰਬਾਈ: \_\_\_\_\_

**ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਸਾਥੀ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ**

ਨਾਮ: \_\_\_\_\_

ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ: \_\_\_\_\_ ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਸਥਿਤੀ: \_\_\_\_\_

ਜਨਮ ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_

ਫੋਨ ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_

**ਨਿਰਭਰ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਘਰੇਲੂ ਆਕਾਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ**

ਨਾਮ:	ਰਿਸ਼ਤਾ:	ਜਨਮ ਮਿਤੀ: (mm/dd/yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

ਆਮਦਨ ਦਾ ਵੇਰਵਾ:	ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਰਕਮ:
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

**ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਅਤੇ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ  
ਦਾ ਸੰਖੇਪ**

**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE  
PROGRAMS AND APPLICATION**

ਇਸ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਜਾਓ: Banner Health c/o PBM PO ਬਾਕਸ 743711, ਲਾਸ ਏਂਜਲਸ, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	ਅੱਜ ਦੀ ਮਿਤੀ: ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ: ਜਨਮ ਮਿਤੀ: ਫੈਸਿਲਟੀ: ਸੇਵਾ ਦੀ ਮਿਤੀ:
--	---

ਮੈਡੀਕਲ ਜਾਣਕਾਰੀ		
ਕਰਜ਼ੇ ਦੀ ਕਿਸਮ / ਕਿਸ ਨੂੰ:	ਬਿਨਾਂ ਅਦਾਇਗੀ ਬਕਾਇਆ:	ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਭੁਗਤਾਨ:
1. (ਡਾਕਟਰ)	\$	\$
2. (ਹਸਪਤਾਲ)	\$	\$
3. (ਇਮੇਜਿੰਗ)	\$	\$
4. (DME/ਘਰੇਲੂ ਸੰਭਾਲ)	\$	\$
5. (ਐਂਬੂਲੈਂਸ)	\$	\$
6.	\$	\$

ਮੈਂ Banner Health financial assistance program ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣਾ ਚਾਹਾਂਗਾ/ਚਾਹਾਂਗੀ ਅਤੇ ਇਹ ਸਮਝਾਂਗਾ/ਸਮਝਾਂਗੀ ਕਿ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਸਾਰੀ ਖੁਲਾਸਾ ਕੀਤੀ ਗਈ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਦੇ ਇੱਕੋ-ਇੱਕ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਹੈ। Banner Health ਇਸ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਅਤੇ ਗੁਪਤ ਰੱਖੇਗਾ।

ਜੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੈਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਹੈ ਉਹ ਮੇਰੇ ਗਿਆਨ ਅਨੁਸਾਰ ਸਹੀ ਹੈ। ਇਹ ਮੈਨੂੰ ਸਮਝਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਂ Banner Health ਤੋਂ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਆਪਣੀ ਯੋਗਤਾ ਦੇ ਸ਼ਰਤ ਵਜੋਂ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ, ਜੋ ਮੈਂ ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹਾਂ, ARS ਦੀ ਧਾਰਾ 33-931, et seq, Arizona ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਲੀਨ ਸੰਹਿਤਾ ਜਾਂ ਹੋਰ ਲਾਗੂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਤਹਿਤ ਕੋਈ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਦੀ ਫੰਡਿੰਗ ਜੋ ਮੈਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਬਣ ਜਾਂਦਾ ਹਾਂ, ਉਹ Banner Health ਦੁਆਰਾ ਮੈਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਛੇਟ ਨੂੰ ਸੰਬੋਧਿਤ ਹੋਣ ਅਤੇ ਉਸਦੀ ਪੂਰਤੀ ਕਰਨ ਲਈ ਵਿਚਾਰਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਮੁੜ-ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਪਾਰਟੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ: \_\_\_\_\_ ਮਿਤੀ/ਸਮਾਂ: \_\_\_\_\_

ਪ੍ਰਿੰਟ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_

ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਸਾਥੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ: \_\_\_\_\_ ਮਿਤੀ/ਸਮਾਂ: \_\_\_\_\_

ਪ੍ਰਿੰਟ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_

ਇਸ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਜਾਓ:  
 Banner Health c/o PBM  
 PO ਬਾਕਸ 743711, ਲਾਸ ਏਂਜਲਸ, 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**