

**СВОДНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПРОГРАММАХ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ ВО ВСЕХ
БОЛЬНИЦАХ, ПРИНАДЛЕЖАЩИХ И УПРАВЛЯЕМЫХ BANNER HEALTH (BH)
SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAMS AT ALL HOSPITALS OWNED AND
OPERATED BY BANNER HEALTH (BH)**

Banner Health предлагает программы финансовой помощи (Financial Assistance Programs) для пациентов незастрахованных, недостаточно застрахованных и не имеющих достаточных средств для оплаты медицинских услуг. Данная политика распространяется на больницы сети Banner и некоторые другие организации BH. Незастрахованный пациент — это пациент, не имеющий стороннего страхования и не зарегистрированный в государственной программе страхования. С незастрахованных пациентов изначально взимается оплата по ставке для самостоятельной оплаты покрываемых услуг. Недостаточно застрахованный пациент — это пациент, имеющий стороннее страховое покрытие, которое включает финансовые ограничения или дополнительную ответственность, например, непокрываемые минимумы, доплаты и со-страхование, и при этом сумма оплаты из собственных средств превышает его (ее) финансовые возможности. Пациент, не имеющий достаточных средств для оплаты медицинских услуг, означает домохозяйство, которое в течение предыдущих 12 месяцев понесло медицинские расходы, и та их часть, за которую несет ответственность домохозяйство, превышает 50 % от общего дохода домохозяйства в этом году. Для целей определения того, что домохозяйство не имеет достаточно средств для оплаты медицинских услуг, принимаются во внимание все медицинские расходы, в том числе медицинские расходы, не относящиеся к сети BH.

Если Вы являетесь незастрахованным пациентом и не соответствуете требованиям программы финансовой помощи (Financial Assistance Program), основанной на Руководящих принципах относительно федерального прожиточного минимума, Вы можете претендовать на получение скидки. Если Вы соответствуете требованиям для получения скидки, с Вас будет взиматься плата в размере 1,25 x AGB (сумма стандартного счета), которая основана на среднем значении сумм, которые были бы выплачены больнице частными компаниями медицинского страхования и Medicare (включая доплату и нестрахуемый минимум) за услуги, необходимые Вам по медицинским показаниям, если бы Вы были застрахованы.

Будучи незастрахованным пациентом, Вы имеете право на получение финансовой помощи от BH (1), если годовой доход на семью и размер семьи равны или ниже 400 % от федерального прожиточного минимума и у Вас нет других активов для оплаты счетов больницы в полном объеме; (2) если на запрос больницы Вы подали заявление на участие в программе Medicaid/ AHCCCS, оказываете полное сотрудничество в процессе подачи заявления и принятия решения или по обоснованным причинам не можете пройти процедуру подачи заявления и Вам отказано в страховании Medicaid/AHCCCS.

Если Вы недостаточно застрахованный пациент, Вы можете претендовать на получение финансовой помощи от BH, которая заключается в скидке на сумму без страхового покрытия/остатка к оплате после применения страхового покрытия. Вы должны подать заявление и выполнить требования к счетам за медицинские услуги, указанным в Политике в отношении предоставления финансовой помощи и Руководящих принципах относительно федерального прожиточного минимума.

Если Вы имеете право на получение финансовой помощи от BH, с Вас ни в коем случае не будет взиматься плата, превышающая суммы стандартного счета за оказание неотложной помощи или других услуг, необходимых по медицинским показаниям. Кроме того, для получения неотложной помощи Вам не придется вносить предоплату или другие виды оплаты. Однако для получения услуг, не требующих неотложного вмешательства, в большинстве ситуаций Вам потребуется внести значительный предварительный депозит или выполнить другие условия оплаты, основанные на предварительном расчете суммы стандартного счета.

Бесплатную копию правил больницы относительно финансовой помощи, политику в отношении выставления счетов и сборов оплаты, а также формы заявлений можно получить на сайте Banner Health Bannerhealth.com. Перевод на испанский язык данной сводной информации, правила больницы относительно финансовой помощи и выставления счетов, а также форм заявлений есть на сайтах Banner и больницы, а также в приемном отделении больницы. Копии можно также получить по почте, связавшись с Отделом финансовых услуг для пациентов (Banner Patient Financial Services) по номеру телефона (888) 264-2127. Сотрудники Отдела финансовых услуг для пациентов ответят на Ваши вопросы и предоставят информацию о программах финансовой помощи, процедуре подачи заявления, а также некоммерческих организациях и государственных учреждениях, которые могут помочь в подаче этих заявлений. Если у Вас возникнут дополнительные вопросы, пожалуйста, позвоните по номеру (888) 264-2127.

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

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



**СВОДНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПРОГРАММАХ
ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ И ЗАЯВЛЕНИЕ
SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AND APPLICATION**

Отправить: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	Текущая дата: Имя и фамилия пациента: Дата рождения: Учреждение: Дата оказания услуги:
---	--

Инструкции: заполните заявление, включите следующую документацию и отправьте по указанному адресу или электронной почте.

**Не применяется в учреждениях NHSC, включая: Fallon, NV, Fernley, NV, Susanville, CA, Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ, Maricopa, AZ, Torrington, WY и Wheatland, WY.

- Подтверждение дохода. Допустимые документы включают:
 - Если Вы в настоящее время трудоустроены, копии последних трех (3) последовательных квитанций о начислении заработной платы (пациента, поручителя и супруга(-и))
 - Для самозанятых — копия Федеральной налоговой формы, Приложение С или другое подтверждение доходов и расходов
 - В случае выхода на пенсию и (или) получения социального обеспечения — копия формы SSA 1099 или письмо о получении компенсации**
 - Для безработных — копия Вашей федеральной декларации о доходе за предыдущий год, письмо о получении пособия по безработице или письмо с самостоятельным декларированием дохода.**
 - Определение в отношении помощи от штата или государственной помощи (Medicaid/AHCCCS)**
 - На запрос, копии медицинских счетов, не относящиеся к сети Banner**

Информация о подателе заявления

Имя подателя заявления/поручителя: _____ Номер социального страхования:** _____
Адрес: _____
Дата рождения: _____
Номер телефона: _____
Работодатель: _____ Статус трудоустройства: _____
Продолжительность трудоустройства: _____ Дата/продолжительность безработицы: _____

Информация о супруге или партнере

Имя и фамилия: _____
Работодатель: _____ Статус трудоустройства: _____
Дата рождения: _____
Номер телефона: _____

Информация о лицах на содержании и (или) размере домохозяйства

Имя и фамилия:	Степень родства:	Дата рождения: (мм/дд/гггг)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Описание дохода:	Месячная сумма:
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



**СВОДНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПРОГРАММАХ
ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ И ЗАЯВЛЕНИЕ
SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AND APPLICATION**

Отправить: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	Текущая дата: Имя и фамилия пациента: Дата рождения: Учреждение: Дата оказания услуги:
---	--

Медицинская информация		
Вид задолженности/кому:	Неоплаченный остаток:	Ежемесячный платеж:
1. (Врач)	\$	\$
2. (Больница)	\$	\$
3. (Диагностическая визуализация)	\$	\$
4. (DME/уход на дому)	\$	\$
5. (Услуги скорой помощи)	\$	\$
6.	\$	\$

Я хотел(-а) бы участвовать в программе финансовой помощи Banner Health и понимаю, что вся раскрываемая мной персональная информация предназначена исключительно для определения моего соответствия требованиям для участия в этой программе. Компания Banner Health обязуется обеспечить защищенность и конфиденциальность этой информации.

Предоставленная мной информация является точной, насколько мне известно. Мне объяснили, и я соглашаюсь с тем, что условием моей возможности получения финансовой помощи от Banner Health является то, что если я получу право на помощь, то любое финансирование от третьей стороны, которое я получу или на которое я могу получить право, в соответствии с разделом 33-931 ARS и далее, законом о залоге в системе здравоохранения в штате Arizona или применимыми законами может быть учтено и взыскано Banner Health, чтобы покрыть или компенсировать предоставленную мне скидку в рамках финансовой помощи.

Подпись ответственной стороны: _____ Дата/время: _____

Имя печатными буквами: _____

Подпись супруга (-и) или партнера: _____ Дата/время: _____

Имя печатными буквами: _____

Отправить:
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