

ข้อมูลสรุปเกี่ยวกับโครงการความช่วยเหลือทางการเงินในโรงพยาบาลทุกแห่งที่เป็นเจ้าของและดำเนินการโดย BANNER HEALTH (BH)

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

Banner Health จัดโครงการความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วยที่ไม่มีประกัน ผู้ป่วยที่มีประกันคุ้มครองน้อยเกินไป และผู้ป่วยยากไร้ขาดแคลนทุนทรัพย์ นโยบายฉบับนี้ใช้กับโรงพยาบาลของ Banner และองค์กร BH บางแห่ง ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันหมายถึงผู้ป่วยที่ไม่มีประกันความรับผิดชอบบุคคลภายนอกและไม่ได้ลงทะเบียนในโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาล โดยเบื้องต้นจะมีการเรียกเก็บค่าบริการที่ครอบคลุมจากผู้ป่วยที่ไม่มีประกันในอัตราแบบจ่ายด้วยตนเอง ผู้ป่วยที่มีประกันคุ้มครองน้อยเกินไป หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับความคุ้มครองจากประกันความรับผิดชอบบุคคลภายนอก แต่มีข้อจำกัดด้านการเงินหรือมีความรับผิดชอบร่วมกัน รวมถึงค่าใช้จ่ายส่วนแรก ความรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่ง และการประกันภัยร่วม มีค่าใช้จ่ายจริงที่เกินขีดความสามารถด้านการเงินของตนเอง ผู้ป่วยยากไร้ ขาดแคลนทุนทรัพย์หมายถึงผู้ป่วยที่มีค่ารักษาพยาบาลเกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งครัวเรือนต้องรับผิดชอบเกิน 50 % ของรายได้ทั้งหมดของครัวเรือนในปีนั้น ในการกำหนดว่าผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่ยากไร้ขาดแคลนทุนทรัพย์หรือไม่ ให้รวมค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด รวมถึงค่ารักษาพยาบาลที่ไม่ใช่ของ BH ด้วย

หากคุณเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีประกัน คุณอาจมีสิทธิ์ได้รับอัตราส่วนลด แม้คุณมีคุณสมบัติไม่ตรงตามเกณฑ์ของโครงการความช่วยเหลือทางการเงินตามแนวทางระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง โดยคุณสมบัติในการรับส่วนลดค่ารักษาพยาบาลหมายถึงจะมีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากคุณในอัตรา 1.25 x AGB (จำนวนที่เรียกชำระโดยทั่วไป) ซึ่งอิงตามค่าเฉลี่ยของจำนวนเงินที่ผู้รับประกันสุขภาพเอกชนและ Medicare จะต้องชำระให้แก่โรงพยาบาล (รวมถึงค่าใช้จ่ายที่รวมชำระส่วนหนึ่งและค่าใช้จ่ายส่วนแรก) สำหรับบริการที่จำเป็นทางการแพทย์ซึ่งคุณได้รับในกรณีที่มีประกัน

หากคุณเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีประกัน คุณจะมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินจาก BH (1) หากคุณมีรายได้ในครัวเรือนต่อปีและขนาดครัวเรือนไม่เกิน 400% ตามระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง และไม่มีสินทรัพย์อื่นๆ ที่จะนำมาชำระค่าบริการแบบเต็มจำนวนแก่โรงพยาบาล และ (2) หากได้รับคำขอจากโรงพยาบาลให้ดำเนินการดังกล่าว โดยคุณยื่นคำขอเข้าร่วมโครงการ Medicaid/AHCCCS ให้ความร่วมมือในขั้นตอนการยื่นคำขอและการกำหนดคุณสมบัติอย่างเต็มที่ หรือไม่สามารถดำเนินการตามขั้นตอนการยื่นคำขอให้เสร็จสมบูรณ์ได้ตามสมควร และถูกปฏิเสธความคุ้มครองจากโครงการ Medicaid/AHCCCS

หากคุณเป็นผู้ป่วยที่ประกันคุ้มครองน้อยเกินไป คุณก็มีสิทธิ์ขอรับความช่วยเหลือด้านการเงินจาก BH ในรูปแบบส่วนลดสำหรับผู้ที่ประกันคุ้มครองน้อยเกินไป/ยอดคงเหลือหลังหักส่วนลดค่าประกันภัย คุณจะต้องยื่นคำขอรับการพิจารณาและบรรลุเกณฑ์ยอดเงินตามบิลค่ารักษาของโรงพยาบาลทั้งสองข้อตามที่ระบุไว้ในนโยบายความช่วยเหลือด้านการเงินและแนวทางเกี่ยวกับระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง

หากคุณมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินจาก BH ไม่ว่ากรณีใดๆ จะไม่มีการเรียกเก็บเงินจากคุณเกินกว่าจำนวนที่เรียกเก็บโดยทั่วไปสำหรับบริการฉุกเฉินหรือบริการที่มีความจำเป็นทางการแพทย์อื่นๆ นอกจากนี้ คุณยังจะไม่ต้องสำรองจ่ายหรือจัดการชำระเงินอื่นๆ เพื่อรับบริการฉุกเฉิน อย่างไรก็ตาม หากคุณต้องการรับบริการที่ไม่ฉุกเฉิน ในกรณีส่วนใหญ่คุณจะต้องวางเงินมัดจำล่วงหน้าเป็นจำนวนพอสมควรหรือจัดการชำระเงินอื่นๆ ตามจำนวนที่เรียกเก็บทั่วไปโดยประมาณ

สามารถขอรับสำเนานโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน นโยบายการเรียกชำระเงินและการเก็บค่าบริการได้ฟรี ตลอดจนมีแบบฟอร์มคำขออยู่บนเว็บไซต์ของ Banner Health ที่ Bannerhealth.com มีข้อมูลสรุปนี้ นโยบายความช่วยเหลือทางการเงินและนโยบายการเรียกชำระเงินของโรงพยาบาล รวมถึงแบบฟอร์มคำขอที่แปลเป็นภาษาสเปนอยู่บนเว็บไซต์ของ Banner และเว็บไซต์ของโรงพยาบาล รวมถึงบริเวณจุดรับเข้ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังสามารถขอรับสำเนาทางไปรษณีย์ได้ด้วยการติดต่อแผนกบริการทางการเงินสำหรับผู้ป่วยของ Banner (Banner Patient Financial Services) ทางหมายเลขโทรศัพท์ (888) 264-2127 เจ้าหน้าที่แผนกบริการทางการเงินสำหรับผู้ป่วยของ Banner พร้อมตอบคำถามและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการความช่วยเหลือทางการเงิน ขั้นตอนการยื่นคำขอ ตลอดจนองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรและหน่วยงานรัฐบาลที่สามารถให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการยื่นคำขอดังกล่าว หากมีข้อสอบถามเพิ่มเติม โปรดติดต่อที่หมายเลขโทรศัพท์ (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



ข้อมูลสรุปเกี่ยวกับโครงการ
ความช่วยเหลือทางการเงินและการยื่นคำขอ
SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AND APPLICATION

ส่งกลับไปยัง: Banner Health ที่อยู่ที่ PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	วันที่ปัจจุบัน: ชื่อผู้ป่วย: วันเดือนปีเกิด: สถานพยาบาล: วันที่เข้ารับบริการ:
---	---

คำชี้แจง: กรอกแบบฟอร์มคำขอและแนบเอกสารต่อไปนี้ แล้วส่งกลับมายังที่อยู่หรืออีเมลข้างต้น

**ไม่สามารถใช้ได้กับสถานพยาบาลของ NHSC รวมถึง Fallon, NV, Fernley, NV, Susanville, CA, Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ, Maricopa, AZ, Torrington, WY และ Wheatland, WY

- หลักฐานแสดงรายได้ เอกสารที่ยอมรับได้ได้แก่:
 - หากเป็นผู้มีงานทำอยู่ในปัจจุบัน โปรดส่งสำเนาหลักฐานการจ่ายค่าจ้างต่อเนื่องสาม (3) ฉบับล่าสุด (ผู้ป่วย ผู้ค้าประกัน และคู่สมรส)
 - หากประกอบอาชีพอิสระ โปรดส่งสำเนาเอกสารแนบท้าย C สำหรับแบบฟอร์มภาษีอากรของรัฐบาลกลางหรือหลักฐานแสดงรายได้และค่าใช้จ่ายอื่นๆ
 - หากเกษียณอายุการทำงานแล้วและ/หรือได้รับประกันสังคม โปรดส่งสำเนาแบบฟอร์ม SSA 1099 หรือหนังสือรับรองสิทธิ์ประกันสังคม**
 - หากว่างงาน โปรดส่งสำเนาแบบฟอร์มขอคืนภาษีเงินได้ของรัฐบาลกลางในปีที่แล้ว หนังสือรับรองสถานะว่างงานหรือหนังสือรับรองรายได้ของตนเอง**
 - การตัดสินใจว่าจะให้ความช่วยเหลือของรัฐหรือรัฐบาล (Medicaid/AHCCCS)**
 - โปรดส่งสำเนารับรองการรับค่ารักษาพยาบาลที่ไม่ใช่ของ Banner มาด้วย หากได้รับคำขอ**

ข้อมูลผู้ยื่นคำขอ

ข้อมูลผู้ยื่นคำขอ/ผู้ค้าประกัน: _____ หมายเลขประกันสังคม:** _____

ที่อยู่: _____

วันเดือนปีเกิด: _____

หมายเลขโทรศัพท์: _____

นายจ้าง: _____ สถานะการจ้างงาน: _____

ระยะเวลาการว่างงาน: _____ วันที่/ระยะเวลาที่ว่างงาน: _____

ข้อมูลคู่สมรสหรือคู่ครอง

ชื่อ: _____

นายจ้าง: _____ สถานะการจ้างงาน: _____

วันเดือนปีเกิด: _____

หมายเลขโทรศัพท์: _____

ข้อมูลขนาดผู้อยู่ในอุปการะและ/หรือครัวเรือน

ชื่อ:	ความสัมพันธ์:	วันเดือนปีเกิด: (ดด/ว/ปปปป)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

รายละเอียดของรายได้:	จำนวนต่อเดือน:
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



ข้อมูลสรุปเกี่ยวกับโครงการ
ความช่วยเหลือทางการเงินและการยื่นคำขอ
SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AND APPLICATION

ส่งกลับไปยัง: Banner Health ที่อยู่ที่ PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	วันที่ปัจจุบัน: ชื่อผู้ป่วย: วันเดือนปีเกิด: สถานพยาบาล: วันที่เข้ารับบริการ:
---	---

ข้อมูลทางการแพทย์		
ประเภทหนี้สิน/เจ้าหนี้:	ยอดเงินที่ค้างชำระ:	การชำระเงินรายเดือน:
1. (แพทย์)	\$	\$
2. (โรงพยาบาล)	\$	\$
3. (การสร้างภาพทางการแพทย์)	\$	\$
4. (DME/การดูแลรักษาที่บ้าน)	\$	\$
5. (รถพยาบาล)	\$	\$
6.	\$	\$

ข้าพเจ้าต้องการเข้าร่วมโครงการความช่วยเหลือทางการเงินของ Banner Health และรับทราบว่าจะมีการใช้ข้อมูลส่วนบุคคลที่เปิดเผยทั้งหมดเพื่อประเมินว่าข้าพเจ้ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์หรือไม่เท่านั้น โดย Banner Health จะเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวไว้อย่างปลอดภัยและเป็นความลับ

ข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้นั้นถูกต้องเท่าที่ข้าพเจ้าทราบ มีการอธิบายให้ข้าพเจ้าฟังแล้วและข้าพเจ้าเห็นชอบตามเงื่อนไขของการที่ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติจะได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจาก Banner Health หากข้าพเจ้ามีคุณสมบัติและได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนทางการเงินใดๆ จากบุคคลภายนอกที่ข้าพเจ้าได้รับหรือมีสิทธิ์ได้รับตามรัฐบัญญัติสิทธิยึดเหนี่ยวด้านการดูแลสุขภาพแห่งรัฐแอริโซนา มาตราที่ 33-931 และต่อไปหรือรัฐบัญญัติที่เกี่ยวข้องของ Banner Health อาจพิจารณาจัดการชดเชยโดยมีการปรับมูลค่าส่วนลดความช่วยเหลือทางการเงินที่มีให้แก่ข้าพเจ้า

ลายมือชื่อของฝ่ายที่รับผิดชอบ:ลายมือชื่อของฝ่ายที่รับผิดชอบ:_____ วันที่/เวลา:_____

ชื่อตัวบรรจง:_____

ลายมือชื่อของคู่สมรสหรือคู่ครอง:_____ วันที่/เวลา:_____

ชื่อตัวบรรจง:_____

ส่งกลับไปยัง:
Banner Health ที่อยู่ที่ 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