

**ОГЛЯД ПРОГРАМ ФІНАНСОВОЇ ДОПОМОГИ В УСІХ ЛІКАРНЯХ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ
У ВЛАСНОСТІ ТА ПІД КЕРІВНИЦТВОМ BANNER HEALTH (BH)
SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAMS AT ALL HOSPITALS OWNED AND
OPERATED BY BANNER HEALTH (BH)**

Компанія Banner Health пропонує програми фінансової допомоги незастрахованим, недостатньо застрахованим пацієнтам і пацієнтам, які не можуть самостійно покрити медичні витрати. Ця політика поширюється на лікарні Banner та деякі інші підрозділи BH. Незастрахований пацієнт — це пацієнт без страхування з боку третьої сторони та який не є учасником державної програми страхування. Незастрахованим пацієнтам спочатку виставляється рахунок за ставкою самостійної оплати за покриті послуги. Недостатньо застрахований пацієнт — це пацієнт зі страхуванням від третьої сторони, але з фінансовими обмеженнями або співвідповідальністю, як-от франшизи, співоплати та співстрахування, і власні витрати такого пацієнта перевищують його/її фінансові можливості. Пацієнт, який не може самостійно покрити медичні витрати — це домогосподарство з медичними витратами за попередніх 12 місяців, де частка, за яку відповідає домогосподарство, перевищує 50 % від загального доходу домогосподарства за цей рік. Для визначення того, чи є домогосподарство таким, що не може самостійно покрити медичні витрати, враховуються всі медичні витрати, включно з медичними витратами, не пов'язаними з BH.

Якщо ви є незастрахованим пацієнтом, то ви можете претендувати на пільгову ставку, якщо ви не відповідаєте вимогам програми фінансової допомоги згідно з рекомендаціями щодо вимірювання федерального рівня бідності (Federal Poverty Level). Право на послуги за пільговою ставкою означає, що з вас буде стягнуто плату в розмірі 1,25 x AGB (Amounts Generally Billed, середня сума, що зазвичай виставляється в рахунок), яка базується на середньому значенні сум, які були б сплачені лікарні приватними страховими компаніями та Medicare (з урахуванням співоплати та франшиз) за необхідні медичні послуги, які ви отримали б, якби ви були застраховані.

Якщо ви є незастрахованим пацієнтом, то ви можете претендувати на фінансову допомогу від BH в таких випадках: (1) якщо ваш річний дохід з урахуванням розміру домогосподарства дорівнює або менше ніж 400 % від федерального рівня бідності, і вам не вистачає інших активів для повної оплати витрат на лікарню; (2) якщо за запитом лікарні ви подаєте заявку на Medicaid/ AHCCCS, повністю співпрацюєте в процесі подання заявки та визначення відповідності критеріям або не можете з об'єктивних причин пройти процес подання заявки, і вам відмовляють у покритті Medicaid/AHCCCS.

Якщо ви є недостатньо застрахованим пацієнтом, то ви можете претендувати на фінансову допомогу від BH для таких пацієнтів або на знижку на залишок до сплати після застосування страхового покриття. Вам потрібно буде подати заявку на розгляд і відповідати як вимогам щодо залишку по рахунку лікарні, викладеним у Політиці надання фінансової допомоги (Financial Assistance Policy), так і рекомендаціям щодо вимірювання федерального рівня бідності (Federal Poverty Level).

Якщо ви маєте право на отримання фінансової допомоги від BH, з вас у жодному разі не буде стягнуто суму, що перевищує стандартну вартість за послуги екстреної медичної допомоги чи інших медичних послуг. Окрім того, від вас ніколи не вимагатимуть передоплати чи інших платежів для отримання послуг екстреної медичної допомоги. Однак, щоб отримати послуги, що не вимагають екстреного втручання, у більшості випадків вам доведеться внести значний авансовий депозит або виконати інші умови оплати, вираховані на основі приблизної суми, яка зазвичай виставляється в такій ситуації.

Безкоштовна копія політики лікарні щодо надання фінансової допомоги, правила виставлення рахунків та стягнення платежів, а також форми заявок доступні на вебсайті Banner Health за адресою Bannerhealth.com. Переклад іспанською мовою цього огляду, політика лікарні щодо фінансової допомоги та виставлення рахунків, а також форми заявок доступні на вебсайтах Banner і цієї лікарні, а також у приймальному відділенні лікарні. Копії також можна отримати поштою, звернувшись до відділу фінансових послуг для пацієнтів Banner за номером (888) 264-2127. Співробітники відділу фінансових послуг для пацієнтів Banner готові відповісти на запитання та надати інформацію про програми фінансової допомоги, процес подання заявок, а також про некомерційні організації та державні установи, які можуть допомогти з цими заявками. Будь ласка, телефонуйте за номером (888) 264-2127, якщо у вас виникнуть додаткові запитання.

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

ОГЛЯД ПРОГРАМ ФІНАНСОВОЇ ДОПОМОГИ ТА ЗАЯВКА**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AND APPLICATION**

Надіслати до: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	Поточна дата: Ім'я пацієнта: Дата народження: Заклад: Дата надання послуги:
--	---

Інструкції: заповніть заявку й додайте наведену нижче документацію та надішліть на вказану вище адресу або електронну пошту.

**Не застосовується до установ, пов'язаних з NHSC, зокрема: Fallon, NV, Fernley, NV, Susanville, CA, Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ, Maricopa, AZ, Torrington, WY.

- Підтвердження доходу. До списку прийнятних документів входять:
 - Якщо ви зараз працевлаштовані: копії останніх 3 (трьох) послідовних квитанцій про нарахування заробітної плати (пацієнта, гаранта (поручителя) та чоловіка/дружини).
 - Якщо ви самозайнята особа: копія федеральної податкової форми (додаток C) або інше підтвердження доходів та витрат.
 - Якщо ви вийшли на пенсію та/або отримуєте виплати соціального страхування: копія форми SSA 1099 або лист про отримання компенсації.**
 - Якщо ви безробітні: копія вашої федеральної декларації про доходи за попередній рік, лист про отримання компенсації по безробіттю або власна заява про доходи.**
 - Визначення права на допомогу від штату або федерального уряду (Medicaid/AHCCCS)**
 - За запитом — копії медичних рахунків, які не стосуються Banner**

Інформація про заявника

Ім'я заявника/гаранта: _____ Номер соціального страхування:** _____

Адреса: _____

Дата народження: _____

Номер телефону: _____

Роботодавець: _____ Статус зайнятості: _____

Тривалість зайнятості: _____ Дата/тривалість безробіття: _____

Інформація про дружину/чоловіка або партнера

Ім'я: _____

Роботодавець: _____ Статус зайнятості: _____

Дата народження: _____

Номер телефону: _____

Інформація про утриманців та/або розмір домогосподарства

Ім'я:	Ким доводиться заявнику:	Дата народження: (мм/дд/рррр)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Опис доходу:	Щомісячна сума:
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

ОГЛЯД ПРОГРАМ ФІНАНСОВОЇ ДОПОМОГИ ТА ЗАЯВКА**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AND APPLICATION**

Надіслати до: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	Поточна дата: Ім'я пацієнта: Дата народження: Заклад: Дата надання послуги:
--	---

Медична інформація		
Вид заборгованості / перед ким:	Несплачений залишок:	Щомісячний платіж:
1. (Лікар)	\$	\$
2. (Лікарня)	\$	\$
3. (Діагностична візуалізація)	\$	\$
4. (DME/догляд удома)	\$	\$
5. (Послуги карети невідкладної допомоги)	\$	\$
6.	\$	\$

Я бажаю взяти участь у програмі фінансової допомоги від Banner Health і розумію, що вся розкрита особиста інформація призначена виключно для визначення моєї відповідності критеріям. Banner Health зберігатиме цю інформацію захищеною та конфіденційною.

Надана мною інформація є точною, наскільки мені відомо. Мені було роз'яснено, і я погоджуюся з тим, що умовою моєї можливості отримати фінансову допомогу від Banner Health є те, що, якщо я отримаю право на допомогу, то будь-яке фінансування від третьої сторони, яке я отримаю або на яке я можу отримати право, відповідно до розділу 33-931 та наступних розділів статуту штату Arizona про заставу в системі охорони здоров'я, або інші відповідних статутів, може бути враховано та стягнуто Banner Health, щоб покрити або компенсувати надану мені знижку на фінансову допомогу.

Підпис відповідальної сторони: _____ Дата/час: _____

Ім'я друкованими літерами: _____

Підпис дружини/чоловіка або партнера: _____ Дата/час: _____

Ім'я друкованими літерами: _____

Надіслати до:
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