

**TÓM TẮT CÁC CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH TẠI TẤT CẢ CÁC BỆNH VIỆN
DO BANNER HEALTH (BH) SỞ HỮU VÀ VẬN HÀNH**

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

Banner Health cung cấp các Chương Trình Hỗ trợ Tài chính cho những bệnh nhân Không Có Bảo Hiểm, Không Được Bảo Hiểm và Có Chi Phí Y Tế Hạn Chế. Chính sách này áp dụng cho các bệnh viện Banner và một số tổ chức của BH khác. Bệnh Nhân Không có Bảo Hiểm là bệnh nhân không có Bảo Hiểm Bên Thứ Ba và không đăng ký vào chương trình bảo hiểm của chính phủ. Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm ban đầu được tính Phí Tự Trả cho các Dịch Vụ Được Bảo Hiểm. Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm có nghĩa là bệnh nhân có bảo hiểm của bên thứ ba, nhưng có giới hạn về tài chính hoặc đồng trách nhiệm, bao gồm các khoản khấu trừ, đồng thanh toán và đồng bảo hiểm, có các chi phí tự trả vượt quá khả năng tài chính của họ. Bệnh Nhân Có Chi Phí Y Tế Hạn Chế là hộ gia đình có chi phí y tế phát sinh trong 12 tháng trước đó, trong đó phần phí mà hộ gia đình chịu trách nhiệm vượt quá 50% tổng thu nhập của hộ gia đình trong năm đó. Với mục đích xác định xem một hộ gia đình có phải là Hộ Gia Đình Có Chi Phí Y Tế Hạn Chế hay không, tất cả các chi phí y tế đều được tính, bao gồm cả chi phí y tế không phải của BH.

Nếu là Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm, quý vị có thể đủ điều kiện nhận giảm giá nếu quý vị không đáp ứng các tiêu chuẩn cho Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính dựa trên hướng dẫn về Mức Nghèo Liên Bang. Đủ điều kiện cho dịch vụ chăm sóc giảm giá có nghĩa là, quý vị sẽ bị tính phí bằng 1,25 x AGB (Số Tiền Thường Được Lập Hóa Đơn) dựa trên mức trung bình của số tiền sẽ được trả cho Bệnh Viện bởi các công ty bảo hiểm y tế tư nhân và Medicare (và đồng thanh toán và khấu trừ) cho các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận được nếu quý vị đã được bảo hiểm.

Nếu là Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm, quý vị sẽ đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Tài Chính của BH (1) nếu quý vị có thu nhập hộ gia đình hàng năm và quy mô hộ gia đình bằng hoặc nhỏ hơn 400% Mức Nghèo Liên Bang và không có tài sản khác để thanh toán toàn bộ các khoản phí của Bệnh Viện và (2) nếu Bệnh Viện yêu cầu, quý vị đăng ký Medicaid/AHCCCS, hợp tác đầy đủ trong quá trình đăng ký và ra quyết định, hoặc không thể hoàn thành quy trình đăng ký một cách hợp lý và bị từ chối bảo hiểm Medicaid/AHCCCS.

Nếu là Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm, quý vị có thể đủ điều kiện để nhận được Hỗ Trợ Tài Chính của BH về giảm giá cho Người Không Được Bảo Hiểm/Số Dư Sau Bảo Hiểm. Quý vị sẽ cần phải nộp đơn xin xem xét và đáp ứng cả hai yêu cầu về số dư hóa đơn Bệnh Viện được nêu trong Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính và hướng dẫn về Mức Nghèo Liên Bang.

Nếu đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Tài Chính của BH, quý vị sẽ không bị tính phí nhiều hơn Số Tiền Thường Được Lập Hóa Đơn cho các dịch vụ khẩn cấp hoặc các dịch vụ cần thiết về mặt y tế khác. Ngoài ra, quý vị sẽ không bao giờ được yêu cầu thanh toán trước hoặc thực hiện các thỏa thuận thanh toán khác để nhận các dịch vụ khẩn cấp. Tuy nhiên, để nhận được các dịch vụ không khẩn cấp, trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ được yêu cầu đặt cọc trước phần lớn chi phí hoặc thực hiện các thỏa thuận thanh toán khác dựa trên Số Tiền Thường Được Lập Hóa Đơn dự tính.

Một bản sao miễn phí của chính sách hỗ trợ tài chính của bệnh viện, chính sách thanh toán và thu tiền và các biểu mẫu đăng ký có sẵn trên trang web của Banner Health tại Bannerhealth.com. Bản dịch tiếng Tây Ban Nha của Bản Tóm Tắt này, các chính sách thanh toán và hỗ trợ tài chính của Bệnh Viện và các biểu mẫu đăng ký có sẵn trên các trang web của Banner và Bệnh Viện và trong khu vực Tiếp Nhận của bệnh viện. Các bản sao cũng có sẵn qua đường bưu điện bằng cách liên hệ với Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân Banner theo số (888) 264-2127. Nhân viên Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân Banner luôn sẵn sàng giải đáp thắc mắc và cung cấp thông tin về các Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính, quy trình đăng ký và các tổ chức phi lợi nhuận và các cơ quan chính phủ có thể hỗ trợ các ứng dụng này. Vui lòng liên hệ (888) 264-2127 nếu quý vị có thắc mắc khác.

Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân Banner
PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711
BannerFAAapplications@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



**TÓM TẮT CHƯƠNG TRÌNH VÀ ĐƠN ĐĂNG
KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH**

**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AND APPLICATION**

Địa chỉ gửi lại: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	Ngày Hiện Tại: Tên Bệnh Nhân: Ngày Sinh: Cơ Sở: Ngày Dịch Vụ:
---	---

Hướng dẫn: Hoàn thành đơn đăng ký, chuẩn bị các tài liệu sau và gửi lại địa chỉ hoặc email ở trên.

**Không áp dụng cho các địa điểm NHSC bao gồm: Fallon, NV, Fernley, NV, Susanville, CA, Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ, Maricopa, AZ, Torrington, WY và Wheatland, WY.

- Bảng chứng thu nhập. Các tài liệu được chấp nhận bao gồm:
 - Nếu hiện đang làm việc, bản sao của ba (3) cuống phiếu lương liên tiếp gần đây nhất (bệnh nhân, người bảo lãnh và vợ/chồng)
 - Nếu tự kinh doanh, bản sao biểu mẫu thuế Liên Bang Bảng C hoặc bảng chứng thu nhập và chi phí khác
 - Nếu đã nghỉ hưu và/hoặc nhận trợ cấp An Sinh Xã Hội, một bản sao của biểu mẫu SSA 1099 hoặc thư trợ cấp**
 - Nếu thất nghiệp, một bản sao tờ khai thuế thu nhập liên bang của năm trước, thư trợ cấp thất nghiệp hoặc thư tự khai báo thu nhập.**
 - Quyết định hỗ trợ của Tiểu Bang hoặc chính phủ (Medicaid/AHCCCS)**
 - Nếu được yêu cầu, bản sao của hóa đơn y tế không phải từ Banner**

Thông Tin Người Nộp Đơn

Tên Người Nộp Đơn/Người Bảo Lãnh: _____ Số An Sinh Xã Hội:** _____
Địa Chỉ: _____
Ngày Sinh: _____
Số Điện Thoại: _____
Công Ty: _____ Tình Trạng Việc Làm: _____
Thời Gian Làm Việc: _____ Ngày/Thời Gian Thất Nghiệp: _____

Thông Tin Vợ/Chồng hoặc Bạn Trai/Bạn Gái

Tên: _____
Công Ty: _____ Tình Trạng Việc Làm: _____
Ngày Sinh: _____
Số Điện Thoại: _____

Thông Tin Người Phụ Thuộc và/hoặc Quy Mô Hộ Gia Đình

Tên:	Mối Quan Hệ:	Ngày Sinh: (tháng/ngày/năm)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Mô Tả Thu Nhập:	Số Tiền Hàng Tháng:
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



**TÓM TẮT CHƯƠNG TRÌNH VÀ ĐƠN ĐĂNG
KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH**

**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAMS AND APPLICATION**

Địa chỉ gửi lại: Banner Health c/o PBM PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711 BannerFAApplications@bannerhealth.com	Ngày Hiện Tại: Tên Bệnh Nhân: Ngày Sinh: Cơ Sở: Ngày Dịch Vụ:
---	---

Thông Tin Y Tế		
Loại Nợ/Chủ Nợ:	Số Tiền Chưa Thanh Toán:	Thanh Toán Hàng Tháng:
1. (Bác sĩ)	\$	\$
2. (Bệnh viện)	\$	\$
3. (Chẩn đoán hình ảnh)	\$	\$
4. (DME/Chăm Sóc Tại Nhà)	\$	\$
5. (Xe cứu thương)	\$	\$
6.	\$	\$

Tôi muốn tham gia vào chương trình hỗ trợ tài chính của Banner Health và hiểu rằng tất cả thông tin cá nhân được tiết lộ chỉ nhằm mục đích xác định tư cách hội đủ điều kiện của tôi. Banner Health sẽ giữ an toàn và bảo mật các thông tin này.

Thông tin tôi cung cấp là chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi đã được giải thích và đồng ý như một điều kiện để đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính từ Banner Health, nếu tôi đủ điều kiện và nhận được hỗ trợ, bất kỳ khoản tài trợ nào của bên thứ ba mà tôi nhận được hoặc đủ điều kiện nhận được, theo ARS Sec. 33-931, và các điều khoản sau đó, luật thể chấp chăm sóc sức khỏe của Arizona, hoặc các đạo luật hiện hành, có thể được Banner Health xem xét và thu hồi để giải quyết và bù trừ các khoản giảm giá hỗ trợ tài chính được cung cấp cho tôi.

Chữ Ký của Bên Chịu Trách Nhiệm: _____ Ngày/Giờ: _____

Tên Viết In: _____

Chữ Ký của Vợ/Chồng hoặc Bạn Trai/Bạn Gái: _____ Ngày/Giờ: _____

Tên Viết In: _____

Địa chỉ gửi lại:
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