



SOLICITUD PARA AYUDA FINANCIERA FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

¿Cómo Podemos ayudarle?

Banner Health entiende que recibir atención médica puede a veces incluir gastos que son inesperados y que usted puede necesitar ayuda para navegar estos gastos. Tenemos un programa de ayuda financiera y recursos para ayudarle.

El primer paso para pedir esta ayuda es llenar la solicitud de ayuda financiera y proporcionar los documentos mencionados en la siguiente lista. Toda la información será confidencial y ayudará a dirigir nuestro proceso.

- Su solicitud completa para ayuda financiera.
- Una copia completa de su declaración de impuestos federales de año anterior.
- Si está empleado actualmente, copias de los últimos cuatro recibos de nómina consecutivos, tanto del paciente o garante, como de su cónyuge.
- Si es trabajador independiente, una copia del formulario de impuestos federales con el anexo C.
- Una copia de su formulario del Seguro Social SSA 1099 si está jubilado o recibe beneficios de Seguro Social.
- Copias de cualquier cuenta médica adeudada, incluyendo cuentas de doctores, ambulancias, etc.
- Si en este momento no tiene Seguro médico, Banner Health le ayudará a solicitar la asistencia estatal, AHCCCS, Medicaid o Medi-Cal, e incluirá la notificación de determinación.
- Los residentes de Colorado no necesitan aplicar para el Programa para la Atención de Indigentes de Colorado (CICP por sus siglas en inglés).

El proceso de facturación continúa durante este proceso, por lo cual es fundamental que nos entregue esta información lo más pronto posible. Si falta información o está incompleta, se retrasará el proceso. Por favor envíe la solicitud completa y los documentos necesarios a:

Banner Health Patient Financial Services
Attn: Financial Assistance Department
P.O. Box 18
Phoenix AZ 85001

Puede encontrar más información sobre recursos de nuestro programa de Ayuda Financiera en la página de [Facturación de Banner Health](#). Si tiene alguna pregunta sobre este proceso o el proceso de facturación, por favor comuníquese con nosotros al 888-264-2127, de lunes a viernes de 8:00am – 5:00pm MST (horario estándar de la montaña).

Banner Patient Financial Services, PO Box 18 Phoenix, AZ 85001



FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

How can we help you?

Banner Health understands that receiving medical care can sometimes include expenses that are unexpected and that you may need help navigating those. We have a financial assistance program and resources here to help you.

The first step in seeking this support is to complete this Financial Assistance application and provide the below-listed documentation. All information will remain confidential and will help guide our processes.

- Your completed financial assistance application.
- A complete copy of your prior year's federal income tax return.
- If currently employed, copies of your last four consecutive payroll stubs for both the patient/guarantor and spouse.
- If self-employed, a copy of your federal tax form Schedule C.
- If retired and/or receiving Social Security, a copy of your SSA 1099 form.
- Copies of any outstanding medical bills including doctor bills, ambulance etc.
- If you are currently uninsured, Banner Health will assist you in applying for state assistance, AHCCCS, Medicaid or Medi-Cal, and will include your determination notice.
- Residents of Colorado will need to apply for the Colorado Indigent Care Program (CICP).

The billing process does continue during this process, so it is critical to return this information as quickly as possible. Incomplete or missing information will delay the process. Please return completed application and required documents to:

Banner Health Patient Financial Services
Attn: Financial Assistance Department
P.O. Box 18
Phoenix AZ 85001

Additional information on our Financial Assistance resources can be found on our [Banner Health Billing page](#).

If you have questions about this process or other billing processes, please contact us at 888-264-2127, Monday – Friday from 8:00am – 5:00pm MST.

Banner Patient Financial Services, PO Box 18 Phoenix, AZ 85001



**SOLICITUD PARA AYUDA FINANCIERA
FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION**

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del centro médico: _____

Número de cuenta(s): _____

Nombre del paciente: _____ N.º de seguro social: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de contacto: _____

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE (GARANTE)

Nombre del garante: _____ N.º de seguro social: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de contacto: _____

INFORMACION DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Haga una lista de todos los miembros de su hogar e indique si son dependientes, recuerde incluirse en la lista.

Nombre	Relación	Edad	Dependiente (Si o No)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

PATIENT INFORMATION

Facility name: _____

Account number(s): _____

Patient name: _____ Social Security #: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip code: _____

Home phone number: _____ Contact phone number: _____

GUARANTOR INFORMATION

Guarantor name: _____ Social Security #: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip code: _____

Home phone number: _____ Contact phone number: _____

HOUSEHOLD INFORMATION

List all members of your household and indicate if they are a dependant. Remember to include yourself.

Name	Relationship	Age	Dependent (Yes or No)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



**SOLICITUD PARA AYUDA FINANCIERA
FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION**

Deseo participar en el programa de ayuda financiera de Banner Health y entiendo que toda la información personal que proporcioné tiene el único propósito de determinar si soy elegible. Banner Health mantendrá esta información segura y confidencial.

La información que he proporcionado es correcta según a mi leal saber y entender. Me han explicado y estoy de acuerdo que como condición para calificar para la ayuda financiera de Banner Health, si es que califico para recibir asistencia, cualquier financiamiento de terceros que reciba o pudiera tener derecho a recibir, de acuerdo al ARS Sec. 33-931, et seq., estatuto de grávanen del cuidado de salud de Arizona, u otros estatutos correspondientes, puede ser considerado y recuperado por Banner Health para subsanar y compensar el descuento de la ayuda financiera que me proporcionaron.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (con letra de molde): _____

COMENTARIOS ADICIONALES:

FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

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.

Signature: _____ Date: _____

Name (Print): _____

ADDITIONAL COMMENTS:

Banner Patient Financial Services, PO Box 18 Phoenix, AZ 85001