





RESUMEN DE LOS PROGRAMAS DE  
AYUDA FINANCIERA Y SOLICITUD  
SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE  
PROGRAMS AND APPLICATION

Enviar a:  
Banner Health c/o PBM  
PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711  
BannerFAApplications@bannerhealth.com

Fecha actual:  
Nombre del paciente:  
Fecha de nacimiento:  
Centro:  
Fecha de servicio:

Instrucciones: Complete la solicitud e incluya la siguiente documentación y envíela a la dirección o correo electrónico arriba indicados.

- \*\*No aplica para ubicaciones en NHSC incluyendo: Fallon, NV, Femley, NV, Susanville, CA Payson Primary Care, AZ, Payson OBGYN, AZ y Maricopa, AZ
- Prueba de ingresos. Entre los documentos aceptables se incluyen:
    - Si trabaja actualmente, copias de los tres (3) últimos comprobantes de nómina consecutivos (paciente, aval y cónyuge)
    - Si trabaja por cuenta propia, una copia del formulario de impuestos federales Anexo C u otra prueba de ingresos y gastos
    - Si está jubilado o recibe Seguro Social, una copia del formulario SSA 1099 o de la carta de compensación\*\*.
    - Si está desempleado, una copia de su declaración federal de la renta del año anterior, una carta de compensación por desempleo o una carta de autodeclaración de **ingresos\*\***.
    - Determinación de la ayuda estatal o gubernamental (Medicaid/AHCCCS) \*\*.
    - Si se solicita, copias de facturas médicas que no sean de **Banner\*\***.

**Información del solicitante**

Nombre del solicitante/aval \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social:\*\* \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Situación laboral: \_\_\_\_\_  
 Duración del empleo: \_\_\_\_\_ Desempleado Fecha/Duración: \_\_\_\_\_

**Información sobre el cónyuge o pareja**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Situación laboral: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Información dependiente**

Nombre:	Relación:	Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

**Otros ingresos**

Descripción:	Importe mensual:
1.	\$
2.	\$

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD



RESUMEN DE LOS PROGRAMAS DE  
AYUDA FINANCIERA Y SOLICITUD  
SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE  
PROGRAMS AND APPLICATION

Enviar a:  
Banner Health c/o PBM  
PO Box 743711, Los Angeles, CA 90074-3711  
BannerFAApplications@bannerhealth.com

Fecha actual:  
Nombre del paciente:  
Fecha de nacimiento:  
Centro:  
Fecha de servicio:

Información médica		
Tipo de deuda / a quién:	Saldo pendiente:	Pago mensual:
1. (Doctor)	\$	\$
2. (Hospital)	\$	\$
3. (Imágenes médicas)	\$	\$
4. (DME/Atención a domicilio)	\$	\$
5. (Ambulancia)	\$	\$
6.	\$	\$

Me gustaría participar en el programa de asistencia financiera de Banner Health y entiendo que toda la información personal divulgada tiene el único propósito de determinar mi elegibilidad. Banner Health la mantendrá segura y confidencial.

La información que he proporcionado es exacta a mi leal saber y entender. Me explicaron y estoy de acuerdo como condición para calificar para la asistencia financiera de Banner Health, en caso de calificar y recibir asistencia, cualquier financiamiento de terceros que yo reciba o sea elegible para recibir, de conformidad con ARS Sec. 33-931, et seq., el estatuto de gravamen de atención médica de Arizona, o los estatutos aplicables, puede ser considerado y recuperado por Banner Health para abordar y compensar el descuento de asistencia financiera que se me haya proporcionado.

Firma del responsable: \_\_\_\_\_ Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Firma del cónyuge o pareja: \_\_\_\_\_ Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Enviar a:  
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