

# 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 este 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 Surgery Center  
Billing Support Financial Assistance  
Attn: Financial Clearance  
P.O. Box 29661-2107  
Phoenix, Arizona 85038-9661

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 866.670.4460 de Lunes a Viernes de 8:00am - 5:00pm MST (horario estándar de la montaña).

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre del centro médico: \_\_\_\_\_

Número de cuenta(s): \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ N.º de seguro social: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ 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)

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 gravamen 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**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---