

## 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

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 <u>Facturación de Banner Health</u>. 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



## SOLICITUD PARA AYUDA FINANCIERA FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

INFORMACION DEL PACIENTI	Е			
Nombre del centro médico:				
Número de cuenta(s):				
		N.º de seguro social:		
	Estado:		Código postal:	
		Teléfono de contacto:		
INFORMACION DE LA PERSO	NA RESPONSABLE (GARANTE)			
Nombre del garante:		N.º de seguro social:		
Domicilio:				
	Estado:		_ Código postal:	
	Teléfono de cor			
INFORMACION DE LOS MIEM	BROS DEL HOGAR			
Haga una lista de todos los miem	nbros de su hogar e indique si son depe	ndientes, red	cuerde incluirse en la lista.	
Nombre	Relación	Edad	Dependiente (Si o 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 segun 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 grávamen 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:	