

Burke Rehabilitation Hospital Solicitud para Asistencia de Caridad

Nombre del Paciente: _____

Fecha de envio: _____ Fecha de regreso: _____ LO ANTES POSIBLE: _____

Numero de personas en la Familia _____

Ingreso familiar en los ultimos (12) meses _____

Ingreso del paciente en los ultimos (12) meses _____

Ingreso familiar en los ultimos (3) meses _____

Ingreso del paciente en los ultimos (3) meses _____

Si usted está buscando cuidado de caridad por servicios ya recibidos por el Hospital de Rehabilitacion Burke, por favor indique las fechas de estos servicios. Si esta buscando una determinación de elegibilidad para servicios aún no recibidos, por favor eliga el tipo de servicio que solicita:

Paciente Interno _____ Paciente Externo _____

Fecha prevista de Servicio _____ Fecha de Servicio _____

Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación por el Hospital de Rehabilitacion Burke y está sujeta a revisión por las Agencias Federales o Estatales y otras Agencias requeridas. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta.

_____ Firma de la persona que hace la solicitud

POR FAVOR NO COMPLETE LA PARTE DE ABAJO- PARA USO DEL PERSONAL DEL HOSPITAL SOLAMENTE

This document was received on _____ By: Betty D'Amico, Supervisor of Credit and Collection

The following documents were provided to verify income and family composition. Return all originals to Patient. Paychecks stubs _____, Income Tax Forms _____, Other _____.