



**BURKE REHABILITATION HOSPITAL
SOLICITUD DE CUIDADO DE CARIDAD**

Nombre del Paciente: _____

Fecha Enviado: _____ Fecha de Regreso: _____ ASAP _____

Número de Personas en la Familia: _____

Ingresos de la familia los últimos doce (12) meses: _____

Ingresos del paciente los últimos doce (12) meses: _____

Ingresos de la familia los últimos tres (3) meses: _____

Ingresos del paciente los últimos tres (3) meses: _____

Si usted busca cuidado de caridad para servicios ya otorgados por The Burke Rehabilitation Hospital, favor de anotar las fechas de servicio. Si usted busca determinación de elegibilidad para servicios que todavía no se han otorgado, anote el servicio que usted busca.

Paciente Interno _____ Paciente Ambulatorio _____

Dias de Servicio Solicitado _____ Dias de Servicio Actuales _____

Yo comprendo que la información que yo entrego será sometida para verificación por el Burke Rehabilitation Hospital y será sometida a agencias Federales y Estatales de Aplicación y otras agencias que se requiera. Yo certifico que la información sometida es verídica y correcta.

Firma de la Persona que está solicitando el cuidado de caridad

NO ESCRIBA DEBAJO – PARA PERSONAL DEL HOSPITAL SOLAMENTE

This document was received on _____

By: Janis Coppa, Supervisor of Patient Financial Services

The following documents were provided to verify income and family composition.
Return all originals to Patient.

Paychecks stubs _____

Income Tax Forms _____

Other (specify) _____