



**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) \_\_\_\_\_