

## Burke Rehabilitation Hospital Solicitud para Asistencia de Caridad

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de envío: \_\_\_\_\_ 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 elija 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 or equivalent:

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