

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.
x
_____ Firma de la persona que hace solicitud
POR FAVOR NO COMPLETE LA PARTE DE ABAJO - PARA USO DEL PERSONAL DEL HOSPITAL SOLAMENTE
This document was received on _____ by _____ from Patient Financial Services Supervisor
The following documents were provided for verification of income and family composition. Return all originals to the patient. Paycheck stubs _____ Income tax forms _____ Other _____
Originals returned to patient: YES _____ NO _____
Notes:
Revised 10/2023

