PROJECT ACCESS NASHILLE SPECIALTY CARE

Fecha: _____ Clínica refiriéndose: _____

Nombre del paciente: _____ FDN del Paciente: _____

Dirección del paciente: _____
Código postal del Paciente: _____

Verifique dificultad: ___ La pérdida de empleo ___ Divorcio / Separación ___Viudo
Estudiante

____ Otro: _____

No tengo ninguna prueba de ingresos porque:
_____

Marque la casilla para cualquier solicitante que la recibió en el último año: ☐ Cupones de alimentos

☐ Desempleo ☐ Pago de trabajo de contrato/temporal ☐ Discapacidad/ Seguridad Social ☐ asistente de vivienda

Nombre del Especialista(s) del solicitante
(para renovaciones de tarjetas solamente):_____

Nombre del Advócate: _____ Telephono del Advócate: _____

Relación al paciente: _____

Advócate Empleador o fuente de ingreso: _____ Ingreso mensual: _____

Opción 1
Yo, _____ confirmo que_____
no vive conmigo, pero está recibiendo asistencia de mí en la forma de:

Dinero en efectivo por la suma de:_____ Alquiler en la cantidad de: _____

La comida en la cantidad de:_____ Utilidades por la cantidad de:_____

Option 2
Yo, _____ confirmo que_____
vive conmigo y yo proveo con apoyo financiero de la vivienda, utilidades y los gastos de alimentos.

ESTADO DE TENNESSEE **Firma del paciente: _____**
CONDADO DE DAVIDSON
Suscrito y jurado ante mí este día _____ de _____ 2017.

[Notary Seal]

NOTARIO PUBLICO Mi Comisión Expira _____.

ESTADO DE TENNESSEE **Firma del Advócate:**_____
CONDADO DE DAVIDSON
Suscrito y jurado ante mí este día _____ de _____ 2017.

[Notary Seal]

NOTARIO PUBLICO Mi Comisión Expira _____.