



Project Access Nashville Specialty Care
 A Joint Program of the
 Nashville Academy of Medicine,
 The Metro Public Health Department and
 Family and Children Services
 3301 West End Avenue, Suite 100,
 Nashville, Tennessee 37203
 P: 615-712-6237
 F: 615-712-6247

Los abajo firmantes, debidamente juramentada, depone y declara:

Fecha: _____

Nombre del solicitante: _____

FDN del solicitante: _____

Dirección del solicitante: _____

Zip Solicitante: _____

Project Access Nashville ha recibido una solicitud para el programa del Sr. / Sra. _____
 _____ quien identificó como empleador. Su cooperación en la verificación de la
 estado de empleo del solicitante sería muy apreciada.

Nombre de la empresa (escriba N / A si no es aplicable): _____

Dirección de la empresa: _____

Código postal Empresa: _____

Contacto del Empleador: _____

Salario mensual: _____

Teléfono: _____

Seguro ofrecido: (Y / N) _____

Esta declaración es comunicar que el Sr. / Sra. _____ es empleado actualmente
 por usted en la capacidad de la lista de abajo.

Fecha de contratación: _____ Título:: _____

Horas promedio por semana: _____

Tiempo parcial: _____ Tiempo completo: _____ Trabajo diario: _____ Temporada: _____

Pagar Frecuencia:

Diario _____ Semanal _____ Quincenal _____ Mensual: _____

AUN NO MAS DEL DECLARANTE INDICADO.

ESTADO DE TENNESSEE
 CONDADO DE DAVIDSON

Firma del paciente: _____

Suscrito y jurado ante mí este día _____ de _____ 2015.

[SEAL]

NOTARIO PUBLICO Mi Comisión Expira: _____

ESTADO DE TENNESSEE
 CONDADO DE DAVIDSON

Firma del Empleador: _____

Suscrito y jurado ante mí este día _____ de _____ 2015.

[SEAL]

NOTARIO PUBLICO Mi Comisión Expira: _____