



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 paciente: \_\_\_\_\_

Cumpleaños 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 sus ingresos porque: \_\_\_\_\_

Advócate nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Advócate Empleador: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

**Opción 2**

Yo, \_\_\_\_\_ confirmo que \_\_\_\_\_  
 vive conmigo y yo proveo con apoyo financiero de la vivienda, utilidades y los gastos de alimentos.  
 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 Advócate: \_\_\_\_\_

Suscrito y jurado ante mí este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2015.

[ SEAL ]

NOTARIO PUBLICO Mi Comisión Expira: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Referring Clinic: \_\_\_\_\_