



3301 West End Ave, Suite 100
 Nashville, TN 37203
 615-712-6237 oficina
 615-712-6247 fax

PROJECT ACCESS NASHVILLE SPECIALTY CARE

Fecha: _____ Clínica que hace referencia: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Dirección del paciente: _____ Código postal del paciente: _____

Verifique la dificultad: ___ La pérdida de empleo ___ Divorcio / Separación ___ Viudo ___ Estudiante
 Otro: _____

No tengo ninguna prueba de ingresos porque:

Marque la casilla para los que el solicitante haya recibido en el último año: Cupones de alimentos
 Desempleo Pago de trabajo de contrato/temporal Discapacidad/ Seguridad Social

Nombre del partidario: _____ Teléfono del partidario: _____

Relación al paciente: _____

Fuente de ingresos del partidario: _____

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

Opción 2
 Yo, _____, confirmo que _____
 vive conmigo y le proveo con apoyo financiero de la vivienda, utilidades, y los gastos de alimentos.

ESTADO DE TENNESSEE Firma del paciente: _____
 CONDADO DE DAVIDSON
 Firmado y jurado ante mí este día ____ de _____ 2018.

[Notary Seal]

NOTARIO PUBLICO Mi comisión expira _____.

ESTADO DE TENNESSEE Firma del partidario: _____
 CONDADO DE DAVIDSON
 Firmado y jurado ante mí este día ____ de _____ 2018.

[Notary Seal]

NOTARIO PUBLICO Mi comisión expira _____.