



PROJECT ACCESS NASHVILLE SPECIALTY CARE

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

Los abajo firmantes, debidamente juramentada, depone y declara:

PARA EL SOLICITANTE:

Fecha: _____

Nombre del solicitante: _____ **Fecha de nacimiento del solicitante:** _____

Estado Civil del solicitante: Soltero Casado Divorciado Separado

El nombre de la esposa/el esposo, si es aplicable: [Sí / No] _____

Teléfono del solicitante: _____

El solicitante trabaja: [Sí / No]

La esposa/el esposo del solicitante trabaja: [Sí / No]

PARA LA EMPLEADOR:

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

Nombre de la empresa (si es aplicable): _____

Dirección de la empresa o para el empleador: _____

Nombre del empleador: _____ **Teléfono del empleador:** _____

Seguro ofrecido al empleado: [Sí / No] **Seguro ofrecido al esposo del empleado: [Sí / No]**

Esta declaración comunica que el Sr. / Sra. _____ está empleado actualmente por usted en la capacidad que se detalle a continuación.

Fecha de contratación: _____ **Título:** _____

Horas promedio cada semana: _____ Tarifa por hora: _____ O Tarifa por semana: _____

AÚN NO MÁS DEL DECLARANTE INDICADO.

ESTADO DE TENNESSEE
CONDADO DE DAVIDSON

Firmado y jurado ante mí este día _____ de _____ 2018.

Firma del paciente: _____

[Notary Seal]]

NOTARIO PUBLICO Mi comisión expira: _____

ESTADO DE TENNESSEE
CONDADO DE DAVIDSON

Firmado y jurado ante mí este día _____ de _____ 2018.

Firma del empleador: _____

[Notary Seal]

NOTARIO PUBLICO Mi comisión expira: _____