



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: \_\_\_\_\_