



PROJECT ACCESS NASHVILLE SPECIALTY CARE

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

DECLARACIÓN DEL EMPLEO

PARA EL SOLICITANTE:

Fecha: _____

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

Teléfono del solicitante: _____

PARA EL 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]

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

Firma del paciente: _____

Firmado y jurado ante mí este día _____ de _____ 2019.

[Notary Seal]

NOTARIO PUBLICO Mi comisión expira: _____

ESTADO DE TENNESSEE

Firma del empleador: _____

Firmado y jurado ante mí este día _____ de _____ 2019.

[Notary Seal]

NOTARIO PUBLICO Mi comisión expira: _____