



28 White Bridge Road, Suite 400  
Nashville, TN 37205  
615-712-6237 office  
615-712-6247 fax

PROJECT ACCESS NASHVILLE SPECIALTY CARE

### 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: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del empleador: \_\_\_\_\_