

**Dispensario de la Esperanza-Saint Thomas Hospital Midtown
(Administrado por Farmacia de San Vicente)
2000 Church Street, Nashville, TN 37236
Tel 615-284-6170, Fax # 615-284-6171**

CARTA DE AYUDA

Paciente Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Direccion: _____ Apt. _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo: _____
Telefono: _____ Cell: _____

Paciente Nombre: _____ has no prueba de ingresos
debido a las razones siguientes:

Verifique por favor todas líneas apropiadas:

- _____ Sin Trabajo/Despedido del trabajo (**debe mostrar** el desempleo papeles)
- _____ Incapacitó al Solicitar la incapacidad (**debe mostrar** la incapacidad papeles)
- _____ Estudiante (**debe mostrar** la prueba de crédito personal para estudiantes de matriculación)
- _____ Pagado en efectivo (**debe proporcionar** carta del empleador)
- _____ Otro _____

Yo, _____, certifica que proporciono el siguiente
para _____:

Verifique por favor todas líneas apropiadas:

- _____ El dinero efectivo Cuanto hace al mes \$ _____
- _____ Renta Por Mes \$ _____
- _____ Comida Cuanto per mes \$ _____
- _____ Utilidades Cuanto per mes \$ _____
- _____ Otras Pagos Cuanto per mes \$ _____

Cualquier Otra Informacion/ Explique

Firma del paciente

Signature: _____ Date: _____

Firma del Persona Responsable/ Proveeder

Signature: _____ Date: _____