



129 West Fowlkes St., Suite 143
Franklin, TN 37064

615-790-5815 phone
615-790-5891 fax
www.thearcwc.org

Achieve with us.

**Patient Name/
El Nombre del Paciente** _____

**D.O.B./
La Fecha de
Nacimiento** _____

Diagnosis _____

**Is the patient considered disabled based on this diagnosis?/
¿Se considera que el paciente está discapacitado según este diagnóstico?**
Yes/Sí or No

**Is the disability considered to be of lifelong duration?/
¿Se considera que la discapacidad es de duración de por vida?**
Yes/Sí or No

Doctor's Signature/Firma del Doctor _____

**Doctor's Printed Name/Nombre del
médico impreso** _____

**Address/
Dirrección** _____

Date/Fecha _____

