



Choose one: See the bottom of the page for clinic addresses.

- |   |                              |                               |                               |
|---|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Welshwood Clinic, Wed. April 7 <sup>th</sup>   | <input type="checkbox"/> 9am | <input type="checkbox"/> 10am | <input type="checkbox"/> 11am |
| <input type="checkbox"/> Inglewood Clinic, Thurs. April 8 <sup>th</sup> | <input type="checkbox"/> 9am | <input type="checkbox"/> 10am | <input type="checkbox"/> 11am |
| <input type="checkbox"/> Madison Clinic, Sat. April 10 <sup>th</sup>    | <input type="checkbox"/> 9am | <input type="checkbox"/> 10am | <input type="checkbox"/> 11am |

## Every Adult Is Now Eligible! Get Your COVID-19 Vaccination Now.

You can get a **free** COVID-19 vaccination if you are age 18 or older.\* This is particularly important if you have a health condition or are pregnant. We just need your information and permission.

\* Children age 16-17 can get vaccinated with a different vaccine at Metro Public Health; call 615-862-7777.

### Services You Want

- I am age 18 or older. I want a **free** Moderna COVID-19 vaccination, which has **2** doses. I will get the 2<sup>nd</sup> dose 28 days after the 1<sup>st</sup> dose.

### Your Information

Your Name (First, Middle, Last)		Best Telephone #	
Home Address	Apt. #	City, State	ZIP
Mailing Address (if different)		City, State	ZIP
Date of Birth	SSN (optional)	Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Transgender/ Nonbinary
Email Address		Language: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish	<input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Other:

### About You

Special Circumstances:	Race:	Ethnicity:
<input type="checkbox"/> I am a veteran.	<input type="checkbox"/> Black/African American	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino
<input type="checkbox"/> I live in public housing.	<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino
<input type="checkbox"/> I am homeless.	<input type="checkbox"/> Asian/Pacific Islander	
<input type="checkbox"/> I have a language barrier.	<input type="checkbox"/> Native American/Alaskan Native	

### Your Permission

By signing below, I am saying:

- I need a hardship waiver due to the pandemic. This means my vaccination would be **free**.
- I want to get the care that Neighborhood Health (NH) recommends. It is okay for NH to treat me.
- I agree NH can share my information to get my insurance or other programs to pay for my vaccination and care. I agree my insurance can pay for these and NH can keep the payments. (Federal law requires NH to do this.)
- NH can tell the sponsoring facility or organization my appointment/vaccination time.
- NH offered me the HIPAA Notice of Privacy Practices.
- NH will keep this document as proof that I agreed to all of this.

**SIGNATURE: X** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

Email completed form to [covid19shots@neighborhoodhealthtn.org](mailto:covid19shots@neighborhoodhealthtn.org) or fax to 615-829-8356.  
Return to us by **1:00pm** on the day before the vaccination date.

**Inglewood Clinic:** 3904 Gallatin Pk. **Welshwood Clinic:** 419 Welshwood Dr. **Madison Clinic:** 601 W. Due West Ave.



Escoja uno: (Vea hasta abajo de la pagina para las direcciones de las clinicas.)

- Welshwood Clinic, Miérc. Abril 7
Inglewood Clinic, Juev. Abril 8
Madison Clinic, Sáb. Abril 10
9am 10am 11am

¡Todos los adultos ahora son elegibles!
Obtenga su vacuna COVID-19.

Si tiene 18 años o más usted puede recibir una vacuna para el COVID-19 gratuita. Esto es particularmente importante si tiene una condición médica o está esperando un bebe. Solo necesitamos su información y su permiso.

\* Niños entre 16-17 años de edad se pueden vacunar con una vacuna diferente en el Departamento de Salud; llame al 615-862-7777.

Servicios que desea

- Tengo 18 años o más y quiero una vacuna gratis contra el COVID-19. Esta es la vacuna Moderna la cual tiene 2 dosis. Entiendo que debo recibir la segunda dosis 28 días después de la primera.

Su información

Formulario de información personal con campos para nombre, teléfono, domicilio, dirección postal, fecha de nacimiento, seguro social, sexo, idioma, correo electrónico.

Acerca de usted

Formulario de circunstancias especiales, raza y origen étnico con opciones de selección.

Su permiso

Al firmar a continuación, confirmo lo siguiente:

- Necesito una exención por dificultades debido a la pandemia. Esto significa que mi vacuna sería gratis.
Quiero recibir la atención que Neighborhood Health (NH) recomienda. Acepto que NH me brinde tratamiento.
Acepto que NH puede compartir mi información para que mi seguro u otros programas paguen mi factura por vacunación y atención.
NH puede informar a la institución u organización patrocinadora sobre la fecha de mi cita/vacunación.
NH me ofreció el Aviso de Prácticas de Privacidad de la ley HIPAA.
NH conservará este documento como comprobante de que estoy de acuerdo con todo lo indicado.

FIRMA: X FECHA:

Envíe por correo electrónico el formulario lleno a covid19shots@neighborhoodhealthtn.org o por fax al 615-829-8356. Regrese la forma a nosotros antes de la 1:00pm un día antes de la vacuna.

Inglewood Clinic: 3904 Gallatin Pk. Welshwood Clinic: 419 Welshwood Dr. Madison Clinic: 601 W. Due West Ave.