



Declaración de Nuestra Misión

Proporcionar servicios médicos, dentales y de farmacia de calidad a adultos del Condado de Brunswick sin seguro y de bajos ingresos en un entorno atento y centrado en el paciente.

Criterios de Elegibilidad

- ¿Es usted residente del condado de Brunswick?
- ¿Tiene un ingreso familiar por debajo del 300% del Nivel Federal de Pobreza?
- ¿No tiene seguro médico, Medicaid, Medicare o VA Medical?

Si las 3 declaraciones aplican a usted, puede ser elegible para New Hope Clinic

Documentos de Elegibilidad

Se requiere de todos los pacientes

- Paquete de solicitud New Hope Clinic y Cape Fear HealthNet
- Identificación con foto
- Dos (2) pruebas de residencia (con antigüedad menor a 90 días)

Necesario dependiendo de su situación fiscal, laboral y de beneficios:

- Declaración de impuestos del año pasado – Formulario 1040 y formatos relacionados
- Formulario 4506-T (Verificación de no presentación)
- Un (1) mes de recibos de pago recientes
- Dos (2) meses de estados bancarios recientes
- Seis (6) meses de registros de trabajo por cuenta propia
- Carta actual de Seguro Social o Beneficios por Discapacidad
- Carta actual de Beneficios por Desempleo
- Documentos que muestren cualquier otro ingreso
- Carta de manutención (si no hay ingresos)
- Denegación de beneficios del VA (si corresponde)
- Denegación de Medicaid (si se aplica)
- Otro: _____

Disponibilidad de Especialistas en Elegibilidad

Los Lunes y los Jueves

9am-4pm
201 W. Boiling Spring Rd,
Southport, NC 28461

Los Miércoles

1pm-4pm
3610 Express Dr,
Shalotte, NC 28470

Información de Contacto

Dirección: 201 W. Boiling Spring Rd,
Southport, NC 28461

Teléfono: (910) 845-5333

Fax: (910) 845-5366

Email: info@newhopeclinicfree.org

Sitio web: www.newhopeclinicfree.org

201 W. Boiling Spring Rd.
 Southport, NC 28461
 www.newhopeclinicfree.org



Phone: (910) 845-5333
 Fax: (910) 845-5366
 info@newhopeclinicfree.org

Patient Enrollment Form/Solicitud de Inscripción de Pacientes

First Name/Primer		MI/Inicial	Last Name/Apellido(s)	
DOB/Fecha de nacimiento:		SSN / ITN	Sexo:	
			M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/>
Street Address/ Dirección-calle		City/Ciudad	ST/Estado	Zip/código postal
Mailing Address if different/Postal si es diferente		City/Ciudad	ST/Estado	Zip/código postal
(H) Residencia	(C)/Cel	(W)Trabajo		
Phone:Preferred/Teléfono: Preferido: H <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/>			Email Address/Dirección de correo electrónico	
Race Raza	Asian Pacific Islander/Asiático/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/>		Am. Indian /Am. Indio <input type="checkbox"/>	White/blanco <input type="checkbox"/>
	Black/African-American - Negro/afroamericano <input type="checkbox"/>		More than one (1) race/Mas de 1 raz <input type="checkbox"/>	
Hispanic/Hispano? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If yes, check one/ En caso afirmativo, marque uno abajo:				
Puerto Rican/Puertorriqueno <input type="checkbox"/> Mexican/Mexicano <input type="checkbox"/> Cuban/Cuban <input type="checkbox"/> Other/Otro <input type="checkbox"/>				
Marital Status Estado civil	Married/ Casado <input type="checkbox"/>		Separated/Separado <input type="checkbox"/>	Divorced/Divorciado <input type="checkbox"/>
	Single/Solter <input type="checkbox"/>		Widowed/Viudo <input type="checkbox"/>	Other/Otro <input type="checkbox"/>
What is your housing arrangement? ¿Cuál es su arreglo de vivienda?	Rent/Renta <input type="checkbox"/>		Own/ Propietari <input type="checkbox"/>	Share Expenses/Gastos Compartidos <input type="checkbox"/>
	Homeless/Sin hogar <input type="checkbox"/>		Other/Otro <input type="checkbox"/>	
Primary Language Idioma primario:		Need Interpreter/¿Necesita servicios de intérprete? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Veteran/¿Veterano?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
How did you hear of CFHN/NHC?/No ¿Cómo se enteró de Cape Fear/HealthNet/New Hope Clinic?				
Do you work ¿Trabaja usted?	No <input type="checkbox"/>		F/T-Tiempo Completo <input type="checkbox"/>	P/T-Tiempo Parcial <input type="checkbox"/>
	Self-Employed/ Autónomo / Propio Negocio <input type="checkbox"/>		(Ret) Retirado/Jubilado <input type="checkbox"/>	
Are you a student? ¿Es estudiante	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	F/T -En caso afirmativo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/>		
Have you been a patient at New Hope Clinic previously? ¿Ha sido paciente en la Clínica New Hope anteriormente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

Patient Enrollment Form/Solicitud de Inscripción de Pacientes

Tax Information/ Información tributaria
Did you file taxes last year?/Presentó impuestos el año pasado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Did anyone else in your house file taxes?/¿Alguien más en su casa presentó impuestos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Insurance Information/ Información de seguros/beneficios:
Do you have Medicaid/Medicare, VA Benefits or any other insurance?/ ¿Tiene Medicaid/Medicare, Beneficios del VA o cualquier otro seguro? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If yes, what do you have?/En caso afirmativo, ¿qué tienes?
Are you eligible for work based insurance through your employer or spouse's employer?/ ¿Es elegible para un seguro basado en su trabajo a través de su empleador o empleador de su cónyuge? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Medical/Dental Information/ Información Médica/Dental:
Where do you go when you are sick?/¿Adónde va cuando está enfermo?
Give a brief description of current medical/dental problems/ Proporcione una breve descripción de sus problemas médicos/dentales actuales

Certificate/Certificado

Patient:

"I hereby affirm that, to the best of my knowledge and belief, the information provided in this application is true and complete. I understand and hereby authorize New Hope Clinic, Inc. to make a complete investigation of all statements made herein. I UNDERSTAND THAT IF I OBTAIN ASSISTANCE BY FALSE REPRESENTATION, ALL FUNDS ADVANCED IN MY BEHALF WILL BE DUE AND PAYABLE. I will inform New Hope Clinic if my address, phone numbers, income or insurance status changes within 30 days of any change.

Paciente:

"Confirmo que a lo mejor de mi conocimiento, la información que he notado en esta aplicación es verdadera y completa. Entiendo y doy mi autorización que New Hope Clinic investigue completamente toda la afirmación que hago aquí. ENTIENDO TAMBIEN QUE SI ME DAN ASISTENCIA PORQUE ME REPRESENTE DE FALSO MODO, TODO EL DINERO QUE FUE AVANSADO DE MI PARTE LO VOY A TENER QUE PAGAR. Si mi domicilio, numero de telefono, sueldo or seguro cambia me pongo de contacto con New Hope Clinic para informarles de este cambio dentro de 30 dias.

Patient Signature/Firma del paciente: _____ Date/Fecha: _____

NHC/CFHN Staff Signature: _____ Date _____

Proof of Identity <input type="checkbox"/> Proof of Residence <input type="checkbox"/> All Proofs of Income <input type="checkbox"/> Tax Return/4506-T <input type="checkbox"/> Monthly Income verified against Federal Poverty Guidelines. <input type="checkbox"/>
in Household: _____ Gross Monthly Income: \$ _____ FPL: _____ % Does this applicant qualify for New Hope Clinic services? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If no, reason: _____ If no, alternatives offered/referred to: _____ Determination made by: (clerk signature) _____ Date: _____

NHC Pt ID _____ Athena# _____ NHC DB _____ CFHN _____ NHRMC _____



Para uso exclusivo de la oficina
 Tipo de paciente _____
 Cantidad de W/O \$ _____
 Resultados de S/A: _____ h/h \$ _____
 Centro _____
 N.º de cuenta _____
 N.º de registro médico _____

I. Características demográficas del paciente

Nombre del paciente: _____
 (apellido) (primer nombre) (segundo nombre)

 (N.º de Seguro Social) (Fecha de nacimiento)

Nombre del garante: _____
 (Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre) (N.º de Seguro Social) (Fecha de nacimiento)

Dirección: _____
 (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

 (Teléfono)

¿Ha solicitado la Asistencia financiera con algún centro de Novant Health, Inc. (p. ej., Novant Medical Group, Presbyterian Hospital, Brunswick Community Hospital, Thomasville Medical Center, Forsyth Medical Center, etc.) anteriormente? Sí No.

Si lo ha solicitado, proporcione la fecha de la solicitud o aprobación. _____

II. Información familiar

Estado civil (encierre una opción con un círculo)	Casado	Soltero	Separado	Total de miembros en la familia
---	--------	---------	----------	---------------------------------

Nombre del dependiente	Fecha de nacimiento del dependiente

III. Empleo/Ingresos

Empleador del paciente/garante:	
Cantidad de ingreso bruto mensual \$	
Fuente de ingresos: <i>adjunte una verificación o explicación de la situación actual.</i>	
Fuente de ingresos del cónyuge o de otro tipo y cantidad de ingreso bruto mensual \$	
Ingreso familiar bruto anual total \$	
Si no tiene un ingreso, ¿cómo se mantiene usted?	
¿Posee una cuenta bancaria activa?	¿Declaró los impuestos del año anterior?

IV. Verificación del seguro

¿Su empleador ofrece un seguro médico?	SÍ	NO
¿Posee algún seguro médico?	SÍ	NO
Nombre de la compañía de seguro:		
¿Tiene empleo?	SÍ	NO
Si quedó desempleado en los últimos 90 días, proporcione lo siguiente:		
Nombre de su último empleador y fechas de empleo:		
Nombre de la compañía aseguradora patrocinada por su empleador:		
¿Es usted elegible para los beneficios de COBRA?		

Certifico que la información proporcionada es verdadera a mi leal saber y entender. Comprendo que información fraudulenta o falsa me hará inelegible para cualquier asistencia financiera. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para verificar la información proporcionada y para la facturación y el cobro conforme a las leyes federales y estatales vigentes. Es posible que se solicite un comprobante de ingresos antes de realizar cualquier consideración. Los comprobantes de ingresos aceptables pueden ser, entre otros: copia de los talones de sueldo, copia de la declaración de impuestos del año anterior o una carta del empleador donde se indique el sueldo actual y las horas trabajadas.

Firma del paciente/garante:		Fecha:		
Porcentaje del nivel federal de pobreza:		Decisión basada en lo siguiente:		
Comentarios/Resumen:				
Firma del entrevistador		Fecha:		
Firma del gerente		Fecha:	Aprobado	Denegado
Firma del director		Fecha:	Aprobado	Denegado
Firma del vicepresidente ejecutivo/vicepresidente		Fecha:	Aprobado	Denegado

Envíe la solicitud completada por correo postal a: Novant Health, ATTN: Financial Assistance, PO BOX 11549, Winston Salem, NC 27116

Acuerdo / Reconocimiento del Paciente de Haber Recibido Prácticas de Privacidad

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Reconozco y convengo completamente con las materias siguientes: (ponga sus iniciales por cada artículo)

____ 1. Comprendo que New Hope Clinic (NHC), Inc. es una organización caritativa operada independientemente que se financia con concesiones y donaciones individuales. Entiendo que los servicios del cuidado médico proporcionados en la New Hope Clinic, Inc. están sujetos a cambio debido a la disponibilidad de financiamiento y de personal. Los servicios disponibles en la New Hope Clinic serán proporcionados gratuitamente, incluyendo visitas con nuestros abastecedores de cuidado médico, medicamentos de nuestra farmacia limitada, y las pruebas realizadas en sitio. En caso que se prescriban los servicios inasequibles, la New Hope Clinic intentará arreglar para que los servicios sean proporcionados sin o por un costo reducido. Entiendo que el pago para estos servicios es mi responsabilidad y la New Hope Clinic no puede pagar por estos costos exteriores. Estos costos exteriores pueden incluir, sin limitar a, algunos medicamentos, pruebas, citas con especialistas, y/o tratamiento de emergencia.

____ 2. La buena comunicación entre pacientes y la clínica es esencial para la mejorar salud y mejores resultados. La New Hope Clinic (NHC) se compromete a proporcionar a pacientes el cuidado de la salud de más alta calidad. Esto se puede lograr lo más mejor posible con una comprensión clara sobre las responsabilidades de la clínica a los pacientes, y los derechos y las responsabilidades de un paciente de la Clínica. Confirmo que he recibido El Manual de Paciente de New Hope Clinic, Inc. fechado el 22mayo2017 y soy responsable de seguir los lineamientos del manual. Si no sigo estos lineamientos, puedo ser expulsado de la NHC.

____ 3. Yo, (el paciente) tengo ____ años de edad y yo puedo leer esto, o este documento se me ha leído a mí por el testigo/el lector cual nombre aparece abajo.

Prácticas de Privacidad: Es un requerimiento que protejamos la privacidad de la información de salud de nuestros pacientes. Usted puede solicitar que solamente demos a ciertos individuos (generalmente familiares amigos cercanos) la información sobre su salud, tratamiento, u otra información personal. Usted puede también solicitar cómo New Hope Clinic, Inc. le comunica la información a usted mismo. **Necesitamos tener una manera de contactarle o de dejar un mensaje durante horas hábiles del día.**

Favor de contactarme de la siguiente manera:

Tel de Casa: _____ ¿ Es ACEPTABLE dejar información detallada en correo de voz? Si ____ No ____

¿ Es ACEPTABLE dejar información detallada con una persona? Si ____ N ____

Nombre de los individuos: _____

Celular: _____ ¿Es ACEPTABLE dejar información detallada en correo de voz? Si ____ No ____

Tel Trabajo: _____ ¿Es ACEPTABLE dejar información detallada en correo de voz? Si ____ No ____

*** Mensajes no serán dejados con una persona en el trabajo a menos que usted haya indicado específicamente el nombre de la persona en el espacio siguiente: _____

Contacto de Emergencia: _____ Parentesco: _____ #: _____

Es ACEPTABLE dejar información detallada en correo de voz o con alguien? Si ____ No ____

Si algún antedicho es contestado en NO, un mensaje será dejado allí solamente indicando de que nuestra oficina le llamó a usted y dejaremos el número a donde nos puede devolver la llamada. Toda la correspondencia enviada a usted estará en un sobre sellado dirigido solamente a usted.

Autorizo al personal de la New Hope Clinic, Inc. a discutir mi información protegida de la salud con los individuos siguientes:

Nombre (Letra de Molde)

Parentesco al Paciente

Reconozco que me han dado la oportunidad de leer el aviso de Practica de Privacidad de la New Hope Clinic, Inc.' y entiendo que lo antedicho seguirá en efecto hasta que fuera revisado por mí.

Fecha Hora Firma del Paciente/Guardián Legal

Nombre (Letra de Molde)

Fecha Hora Firma del Lector/Testigo

Nombre (Letra de Molde)



1601 Doctors Circle
 Wilmington, NC 28401
 Phone: (910) 399-2751
 Fax: (910) 399-2756

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Autorización para el uso y divulgación de información de salud protegida

1. **Divulgación Autorizada.** Autorizo a todos mis proveedores de atención médica, planes de salud y proveedores de servicios y entidades que han proporcionado, o puedan proporcionar cualquier tipo de atención médica, seguro de salud o servicios de gestión de casos, a revelar toda mi información de salud protegida a Cape Fear HealthNet ("CFHN") y sus socios: **Cape Fear Clinic, Good Shepherd Center, MedNorth, New Hope Clinic, Novant Health/New Hanover Regional Medical Center, Black River Family Practice, New Hanover Medical Group, Christ Community Clinic and Coastal Horizons Health con la excepción de notas de terapias.** Además autorizo a CFHN y socios a compartir cualquier información protegida de salud obtenida de los proveedores de salud, planes de salud, aseguradores de salud y manejadores de casos a otros proveedores de salud médica, planes de salud, aseguradores de salud y proveedores de servicios de gestión de casos y a todas las demás personas y entidades que puedan ser contactadas por el médico al que haya sido referido y también a agencias de servicios sociales. También autorizo a CFHN y asociados a verificar información financiera con proveedores de servicios y cualquier empleador actual o previos, si es necesario para completar la verificación de elegibilidad. Empleados de CFHN o socios también puede discutir mi caso con las siguientes personas:

Nombre	Relación	Número telefónico
CFHN o socio puede dejar un mensaje en mi correo de voz/contestador en casa/trabajo:		Sí / No
CFHN o socio puede comunicarse via telefónica/texto/correo electrónico:		Sí / No

2. **Propósito de la autorización.** El propósito de esta autorización es permitir Cape Fear HealthNet y sus socios me ayuden a manejar mi condición médica y me conecten con otros recursos de la comunidad, socios y proveedores de servicios médicos, para los servicios que pueda necesitar.

3. **Fecha de expiración.** Esta autorización vencerá un (1) año desde la fecha antes mencionada a menos que yo revoque antes de esa fecha. Esta autorización puede ser revocada por mí por escrito en cualquier momento.

4. **Divulgaciones requeridas.** Entiendo que cualquier información usada o divulgada bajo esta autorización puede ser sujeta a re-divulgación y ya no pudiera estar protegida bajo las normas federales de privacidad.

Toda la información dada es verdadera y correcta de acuerdo a mi conocimiento.

 Firma del Paciente Fecha

Certifico que informaré y notificaré al establecimiento en el caso de obtener Seguro médico o cambio en mis ingresos.

 Firma del Paciente Fecha

Doy mi consentimiento para divulgar mi información a las compañías farmaceuticas solo para propósitos de auditoria y abastecimiento de medicamentos para los programas de asistencia farmaceuticas a pacientes.

 Firma del Paciente Fecha

Entiendo que mis proveedores de atención médica y planes de prestaciones de salud no pueden negarse a tratarme o negarme beneficios simplemente porque me niego a firmar esta autorización.

 Firma de Paciente Nombre de Paciente Fecha

 Persona que firma en nombre de paciente Nombre de Persona Fecha

 Firma/Nombre del testigo Fecha

Solicitud de transcripciones de la declaración de impuestos

- ▶ **No firme este formulario a menos que haya completado todas las líneas aplicables.**
- ▶ **La solicitud puede ser rechazada si el formulario está incompleto o es ilegible.**
- ▶ **Para obtener más información acerca del Formulario 4506-T, visite www.irs.gov/form4506t.**

Sugerencia. Utilice el Formulario 4506-T para solicitar una transcripción u otra información de la declaración en forma gratuita. Consulte la lista de productos a continuación. Puede solicitar rápidamente transcripciones mediante el uso de nuestras herramientas del servicio automatizado de autoayuda. Visite IRS.gov y, en "Tools" (Herramientas), haga clic en "Get a Tax Transcript..." (Obtener una transcripción de la declaración de impuestos...) o llame al 1-800-908-9946. Si necesita una copia de su declaración de impuestos, utilice el **Formulario 4506, Solicitud de copia de la declaración de impuestos**. Debe abonar una tarifa para obtener una copia de su declaración de impuestos.

1a Nombre tal como aparece en la declaración de impuestos. Si es una declaración conjunta, escriba el nombre que aparece primero.	1b Número de seguridad social o número de identificación de contribuyente individual o número de identificación patronal que aparece primero (ver instrucciones)
2a Si presentó una declaración conjunta, escriba el nombre de su cónyuge tal como aparece en la declaración de impuestos.	2b Número de seguridad social o número de identificación de contribuyente individual que aparece segundo si presentó una declaración de impuestos conjunta
3 Nombre, dirección (incluidos el número de departamento, la habitación u oficina), ciudad, estado y código postal actuales (ver instrucciones)	
4 Dirección anterior, tal como aparece en la última declaración de impuestos presentada, si es diferente a la que aparece en la línea 3 (ver instrucciones)	
5 Si la transcripción se va a enviar a un tercero (tal como una compañía hipotecaria), escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono del tercero	

Precaución: Si la transcripción de la declaración de impuestos se envía a un tercero, asegúrese de haber completado las líneas 6 a 9 antes de firmar. Firme y feche el formulario una vez que haya completado estas líneas. Completar estos pasos ayuda a proteger su privacidad. Una vez que el IRS divulgue su declaración de impuestos al tercero que figure en la línea 5, el IRS no tiene control sobre lo que el tercero hace con la información. Si desea limitar la autoridad del tercero para divulgar la información de su transcripción, puede especificar esta limitación en su acuerdo escrito con el tercero.

- 6 Transcripción solicitada.** Escriba el número de formulario de impuestos aquí (1040, 1065, 1120, etc.) y marque la casilla correspondiente a continuación. Escriba solo un número de formulario de impuestos por solicitud. ▶ _____
- a Transcripción de la declaración de impuestos,** que incluye la mayor parte de las partidas de una declaración de impuestos tal como se presentó ante el IRS. Una transcripción de una declaración de impuestos no refleja los cambios realizados a la cuenta después del procesamiento de la declaración. Las transcripciones están disponibles solo para las siguientes declaraciones: Formulario serie 1040, Formulario 1065, Formulario 1120, Formulario 1120-A, Formulario 1120-H, Formulario 1120-L y Formulario 1120S. Las transcripciones de las declaraciones de impuestos están disponibles para el año actual y para las declaraciones procesadas durante los 3 años anteriores. La mayor parte de las solicitudes se procesarán en un plazo de 10 días hábiles.
 - b Transcripción de la cuenta,** que contiene información sobre el estado financiero de su cuenta, como pagos realizados en la cuenta, aplicación de multas y ajustes realizados por usted o por el IRS después de la presentación de la declaración de impuestos. La información de la declaración de impuestos se limita a las partidas, como responsabilidad fiscal y pagos de impuestos estimados. Las transcripciones de la cuenta están disponibles para la mayor parte de las declaraciones. La mayor parte de las solicitudes se procesarán en un plazo de 10 días hábiles.
 - c Registro de la cuenta,** que brinda la información más detallada ya que es una combinación de la Transcripción de la declaración de impuestos y de la Transcripción de la cuenta. Disponibles para el año actual y para los 3 años fiscales anteriores. La mayor parte de las solicitudes se procesarán en un plazo de 10 días hábiles.
 - 7 Verificación de no presentación,** que es una constancia del IRS de que usted **no** presentó una declaración de impuestos para el año. Las solicitudes para el año actual están disponibles solo después del 15 de junio. No existen restricciones de disponibilidad sobre las solicitudes de años anteriores. La mayor parte de las solicitudes se procesarán en un plazo de 10 días hábiles.
 - 8 Transcripción de Formulario W-2, Formulario serie 1099, Formulario serie 1098 o Formulario serie 5498.** El IRS puede proporcionarle una transcripción que incluya datos de estas declaraciones de información. La información estatal o local no está incluida con la información del Formulario W-2. El IRS puede proporcionar esta información de la transcripción durante hasta 10 años. La información para el año actual no está disponible generalmente hasta el año posterior a que se presente ante el IRS. Por ejemplo, es probable que la información del W-2 para 2011, presentada en 2012, no esté disponible del IRS hasta 2013. Si necesita información de W-2 con fines de retiro, deberá comunicarse con la Administración de Seguridad Social al 1-800-772-1213. La mayor parte de las solicitudes se procesarán en un plazo de 10 días hábiles.

Precaución: Si necesita una copia del Formulario W-2 o el Formulario 1099, deberá comunicarse primero con el pagador. Para obtener una copia del Formulario W-2 o el Formulario 1099 presentados con su declaración de impuestos, debe utilizar el Formulario 4506 y solicitar una copia de su declaración, que incluye todos los adjuntos.

- 9 Año o período solicitado.** Escriba la fecha de finalización del año o período, con el formato mm/dd/aaaa. Si solicita más de cuatro años o períodos, deberá adjuntar otro Formulario 4506-T. Para solicitudes relacionadas con declaraciones de impuestos trimestrales, como el Formulario 941, deberá escribir cada trimestre o período fiscal en forma separada.

/	/	/	/
---	---	---	---

Precaución: No firme este formulario a menos que haya completado todas las líneas aplicables.

Firma de los contribuyentes. Declaro que soy el contribuyente cuyo nombre aparece en la línea 1a o 2a, o una persona autorizada para obtener la información fiscal solicitada. Si la solicitud se aplica a una presentación conjunta, debe firmar al menos un cónyuge. Si el formulario es firmado por un funcionario corporativo, un accionista con el 1 % o más, un socio, un miembro administrador, un tutor, un socio en materia de impuestos, un albacea, un administrador judicial, un administrador, un fiduciario u otra persona que no sea el contribuyente, certifico que tengo la autoridad para celebrar el Formulario 4506-T en nombre del contribuyente. **Nota:** Para las transcripciones que se envían a un tercero, este formulario se debe recibir en un plazo de 120 días con posterioridad a la fecha de firma.

El signatario certifica que ha leído la cláusula de certificación y, al hacerlo, declara que tiene la autoridad para firmar el Formulario 4506-T. Ver instrucciones.

Número de teléfono del contribuyente que aparece en la línea 1a o 2a

Firmar aquí

▶ Firma (ver instrucciones)	Fecha
▶ Cargo (si la línea 1a es una sociedad, asociación, sucesión o fideicomiso)	
▶ Firma del cónyuge	Fecha