



Bienvenido (a) a JPS Health Network. Esperamos poder proporcionarle cuidado médico accesible para usted y su familia. El propósito del programa de JPS Connection es crear una comunidad más saludable mediante la prestación de servicios de salud de descuento para los residentes del Condado Tarrant. Los miembros de JPS Connection tienen el beneficio de un hogar médico, lo que significa que tienen un médico o enfermero (a) de práctica avanzada asignado (a) para usted y su familia. Usted tendrá acceso a cuidado médico preventivo tal como: exámenes físicos y evaluaciones que le ayudarán a mantenerse saludable y fuera de la sala de emergencias.

En el interior de este paquete encontrará la aplicación y los requisitos de documentación para aplicar para nuestro programa de JPS Connection. **Todas las preguntas de la solicitud deben ser completadas.** Si la pregunta no aplica, coloque un **0** (cero) o **N/A** (no aplica) en cada casilla. Traiga la solicitud completa y la documentación requerida que aparece en la siguiente lista de verificación final con usted a cualquiera de los centros de evaluación financiera en el Condado Tarrant durante las horas de 8:00 am a 4:30 pm.

Usted puede llamar a nuestro Centro de Elegibilidad al (817) 702-1001 si necesita ayuda. Nuestros miembros del personal con gusto responderán cualquier pregunta que pueda tener. Las aplicaciones también pueden ser aceptadas por fax al 817-927-3834 o por correo electrónico a Enroll@JPSHealth.org.

Gracias por elegir a JPS. Esperamos poder proporcionarle atención médica de calidad para usted y su familia.

Respetuosamente,

Kade Rutherford
Directora Ejecutiva de Crédito Financiero

LISTA DE VERIFICACIÓN FINAL

- Identificación con foto de todos los/as personas que estén aplicando (Identificación emitida por el gobierno, la escuela o el trabajo)
- Documentación de Inmigración (Tarjetas de residencia permanente, pasaportes, certificado de naturalización, I-94, actas de nacimiento)
- Actas de Nacimiento para todos los(as) niños(as) dependientes
- Carta del albergue, carta de residencia de una agencia aprobada o tarjeta válida de identificación de indigente con código de barras
- Cartas de beneficios de las agencias (Estampillas de comida, Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas **{TANF, por sus siglas en inglés}**, Ayuda de Vivienda, CHIP/Medicaid, Seguro por Jubilación, Incapacidad o para Sobrevivientes **{RSDI, por sus siglas en inglés}**, Seguridad de Ingreso Suplementario **{SSI, por sus siglas en inglés}**, etc.)
- Solicitud completa. (No se aceptan solicitudes incompletas)
- Aplicación fechada y firmada por el solicitante y su esposo(a)
- Completar y firmar el formulario 4506T
- Revisar, poner iniciales y firmar el Formulario de Responsabilidades de la Membresía
- Los propietarios de viviendas, trabajadores por cuenta propia o los clientes que reciben el Seguro Social deben proporcionar un estado de cuenta bancario actual de los últimos 30 días de todas las cuentas bancarias
- Comprobante de ingresos de los últimos 30 - 90 días de todos los miembros del hogar (Talones de cheques, cartas de beneficios, reembolso de ayuda financiera, formulario de trabajo por cuenta propia, etc.)

La documentación requerida debe ser válida o estar vigente.

Podrá solicitar más información durante la entrevista.

Eligibility & Enrollment Centers

817-702-1001

Eligibility & Enrollment Center

(Location with largest number of specialists)

1325 S. Main Street
Fort Worth, Texas 76104

JPS Health Center-South Campus

2500 Circle Drive
Fort Worth, TX 76119

Healing Wings

1350 S. Main St. Suite 1600
Fort Worth, TX 76104

JPS Health Center-Stop Six/Walter B. Barbour

3301 Stalcup Road
Fort Worth, TX 76119

JPS Health Center - Azle

401 Stribling Dr.
Azle, TX 76022
*Wednesdays Only

JPS Health Center-Viola M. Pitts/Como

4701 Bryant Irvin Road North
Fort Worth, TX 76107

JPS Eligibility Center - Arlington

1030 Arkansas Lane Ste 214
Arlington, TX 76013

JPS Health Center-Diamond Hill

3308 Deen Road
Fort Worth, TX 76106

JPS Health Center-Northeast

837 Brown Trail
Bedford, TX 76022

Center for Cancer Care

601 W. Terrell Ave
Fort Worth, TX 76104

JPS Health Center – Gerturde Tarply/Watauga

6601 Watauga Rd # 124
Watauga, TX 76148

JPS Health Network
Solicitud para el Programa de JPS Connection

08/10/2015

Nombre: _____ (Apellido) (Nombre) (Inicial)	Nombre de soltera: _____ <input type="checkbox"/> Vive con alguien <input type="checkbox"/> Alquila <input type="checkbox"/> # de teléfono de casa: _____ <input type="checkbox"/> Propietario(a) <input type="checkbox"/> # de teléfono celular: _____ Por favor marque el número de teléfono principal en dónde le podamos contactar
Domicilio: _____ (Calle) (No. Apt.) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Condado)	
Correo electrónico: _____	
Idioma primario: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) {si está casado(a) se requiere la firma del esposo(a)}	
Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Afro-Americana <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo Americana <input type="checkbox"/> Otra _____	

Anote los nombres de cada una de las personas que viven en el hogar (de ser necesario adjunte hojas adicionales)

Debe proporcionar copias de los documentos de identificación tales como: identificación/ licencia de conducir emitida por el estado, acta de nacimiento (para menores de 18 años) y tarjetas de inmigración.

Nombre completo de los miembros del hogar:					
Parentesco con el (la) solicitante:	Solicitante	Esposo(a)	Hijo(a)	Hijo(a)	Hijo(a)
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento:					
Lugar de nacimiento:					
Marque uno:	<input type="checkbox"/> Ciudadano Estadounidense <input type="checkbox"/> Residente Legal Permanente <input type="checkbox"/> Refugiado(a)/Asilado(a) <input type="checkbox"/> Indocumentado(a)	<input type="checkbox"/> Ciudadano Estadounidense <input type="checkbox"/> Residente Legal Permanente <input type="checkbox"/> Refugiado(a)/Asilado(a) <input type="checkbox"/> Indocumentado(a)	<input type="checkbox"/> Ciudadano Estadounidense <input type="checkbox"/> Residente Legal Permanente <input type="checkbox"/> Refugiado(a)/Asilado(a) <input type="checkbox"/> Indocumentado(a)	<input type="checkbox"/> Ciudadano Estadounidense <input type="checkbox"/> Residente Legal Permanente <input type="checkbox"/> Refugiado(a)/Asilado(a) <input type="checkbox"/> Indocumentado(a)	<input type="checkbox"/> Ciudadano Estadounidense <input type="checkbox"/> Residente Legal Permanente <input type="checkbox"/> Refugiado(a)/Asilado(a) <input type="checkbox"/> Indocumentado(a)
Número de seguro social:					
¿Está persona está aplicando para recibir cobertura? (Encierre su respuesta en un círculo)	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No
¿Es la primera vez que aplica?	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No
¿Está embarazada?: (Encierre su respuesta en un círculo)	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No
¿Tiene esta persona actualmente seguro médico? (Encierre su respuesta en un círculo)	<input type="checkbox"/> Medicaid/CHIP <input type="checkbox"/> Solamente Medicare A <input type="checkbox"/> Medicare A y B <input type="checkbox"/> Mercado de Seguros Médicos <input type="checkbox"/> Privado a través del empleo o por cuenta propia <input type="checkbox"/> Atención Médica para Veteranos <input type="checkbox"/> No tiene seguro médico	<input type="checkbox"/> Medicaid/CHIP <input type="checkbox"/> Solamente Medicare A <input type="checkbox"/> Medicare A y B <input type="checkbox"/> Mercado de Seguros Médicos <input type="checkbox"/> Privado a través del empleo o por cuenta propia <input type="checkbox"/> Atención Médica para Veteranos <input type="checkbox"/> No tiene seguro médico	<input type="checkbox"/> Medicaid/CHIP <input type="checkbox"/> Solamente Medicare A <input type="checkbox"/> Medicare A y B <input type="checkbox"/> Mercado de Seguros Médicos <input type="checkbox"/> Privado a través del empleo o por cuenta propia <input type="checkbox"/> Atención Médica para Veteranos <input type="checkbox"/> No tiene seguro médico	<input type="checkbox"/> Medicaid/CHIP <input type="checkbox"/> Solamente Medicare A <input type="checkbox"/> Medicare A y B <input type="checkbox"/> Mercado de Seguros Médicos <input type="checkbox"/> Privado a través del empleo o por cuenta propia <input type="checkbox"/> Atención Médica para Veteranos <input type="checkbox"/> No tiene seguro médico	<input type="checkbox"/> Medicaid/CHIP <input type="checkbox"/> Solamente Medicare A <input type="checkbox"/> Medicare A y B <input type="checkbox"/> Mercado de Seguros Médicos <input type="checkbox"/> Privado a través del empleo o por cuenta propia <input type="checkbox"/> Atención Médica para Veteranos <input type="checkbox"/> No tiene seguro médico
¿Recibe esta persona ayuda financiera para la escuela?	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No
¿Recibe esta persona beneficios para veteranos? (Encierre su respuesta en un círculo)	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No
¿Recibe esta persona cualquier tipo de ayuda del gobierno**? (Marque todas las respuestas que apliquen)	<input type="checkbox"/> Estampillas de Comida <input type="checkbox"/> Ayuda para vivienda <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> No recibe ayuda del gobierno	<input type="checkbox"/> Estampillas de Comida <input type="checkbox"/> Ayuda para vivienda <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> No recibe ayuda del gobierno	<input type="checkbox"/> Estampillas de Comida <input type="checkbox"/> Ayuda para vivienda <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> No recibe ayuda del gobierno	<input type="checkbox"/> Estampillas de Comida <input type="checkbox"/> Ayuda para vivienda <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> No recibe ayuda del gobierno	<input type="checkbox"/> Estampillas de Comida <input type="checkbox"/> Ayuda para vivienda <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> No recibe ayuda del gobierno

Si alguno de los miembros del hogar recibe TANF, Estampillas para Comida y/o Ayuda para la Vivienda, **deberá(n) proporcionar una copia de las cartas de beneficios.

Anote los nombres de cada una de las personas que viven en el hogar (de ser necesario adjunte hojas adicionales)

Debe llenar todos los espacios de abajo. Si no aplica a su caso llene el espacio con un 0 (cero) o N/A (no aplica). Las aplicaciones que no estén completas serán regresadas.

Nombre completo de los miembros del hogar:					
Parentesco con el (la) solicitante:	Solicitante	Esposo(a)	Hijo(a)	Hijo(a)	Hijo(a)

Si usted y/o alguno de los miembros del hogar trabajan por su cuenta, desempeñan trabajos eventuales o trabajan para alguien más pero no les retienen impuestos de su salario, entonces usted o ese miembro del hogar trabaja por su cuenta.

¿Esta persona trabaja por su cuenta? (Encierre su respuesta en un círculo)	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No
Ingresos mensuales después de deducciones del trabajo por cuenta propia	\$	\$	\$	\$	\$

¿Trabaja usted y/o alguno de los miembros del hogar?

¿Trabaja esta persona? (Encierre su respuesta en un círculo)	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No
Nombre del empleador:					
Dirección del empleador:					
Ciudad, estado y código postal del empleador:					
Número de teléfono del empleador:					
Ingresos mensuales antes de deducciones del empleo	\$	\$	\$	\$	\$

Si usted y/o un miembro de su hogar tiene un segundo empleo, por favor anote a continuación:

Nombre del segundo empleador:					
Ingresos mensuales antes de deducciones del empleo:	\$	\$	\$	\$	\$

¿Tiene usted y/o un miembro de su hogar cualquiera de los siguientes ingresos mensuales y/o reembolso de ayuda financiera?

Desempleo	\$	\$	\$	\$	\$
Compensación del Trabajador	\$	\$	\$	\$	\$
Manutención de niños / pensión alimenticia	\$	\$	\$	\$	\$
Pensiones / Jubilación	\$	\$	\$	\$	\$
Seguro social de Jubilación	\$	\$	\$	\$	\$
Seguridad de Ingreso Suplementario (<i>SSI, por sus siglas en inglés</i>) por incapacidad					
Beneficios de la Administración de Veteranos	\$	\$	\$	\$	\$
Petróleo / Regalías	\$	\$	\$	\$	\$
Reembolso de Ayuda Financiera Escolar	\$	\$	\$	\$	\$
Dinero recibido de familiares y amigos	\$	\$	\$	\$	\$
Otro (Anote a continuación)	\$	\$	\$	\$	\$
El año de la última declaración de impuestos	Año	Año	Año	Año	Año

Anoté todos los bienes que los miembros del hogar poseen (de ser necesario adjunte hojas adicionales).

Bienes y Cuentas Bancarias:

Nombre del banco			
Tipo de cuenta bancaria: (Encierre en un círculo todas las respuestas que apliquen)	Cheques	Ahorros	Cuenta Empresarial o de negocios
Estado de todas las cuentas bancarias	\$		

Nombre del banco			
Tipo de cuenta bancaria: (Encierre en un círculo todas las respuesta que apliquen)	Cheques	Ahorros	Cuenta Empresarial o de negocios
Estado de todas las cuentas bancarias	\$		

Cuentas de Jubilación:

Nombre del banco o de la compañía				
Tipo de cuenta: (Encierre en un círculo todas las respuestas que apliquen)	IRA	401(k)	403(b)	Otro: _____
Valor en efectivo actual de todas las cuentas	\$			

CD y cuentas de inversión:

Nombre del banco o de la compañía				
Tipo de cuenta: (Encierre en un círculo todas las respuestas que apliquen)	CD	Acciones	Fondos Mutuos	Otro: _____
Valor en efectivo actual de todas las cuentas	\$			

“Entiendo que si alguien miente o tergiversa la verdad intencionalmente o hace arreglos para que alguien mienta o tergiversar la verdad intencionalmente al llenar esta solicitud está cometiendo un crimen que puede ser castigado (a) por las leyes federales y/o las leyes estatales. Hasta donde yo sé, toda la información en esta solicitud es verdadera.”

Si en cualquier momento se descubre información falsa, las sanciones incluyen pero no se limitan a pérdida de los beneficios de todos en el hogar e inhabilidad para volver a aplicar para el Programa JPS Connection por un período de no menos de noventa (90) días. Autorizo a JPS Health Network para que obtenga registros electrónicos con el propósito de determinar si cumpla o no con los requisitos de elegibilidad para el programa JPS Connection. También comprendo que cualquier aprobación será condicional basada en la información que se encuentre en mi expediente.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del esposo/a o co-solicitante: _____ Fecha: _____

Se requiere la firma del esposo/a para completar la evaluación, aunque el esposo/a no esté solicitando asistencia por el momento.

Esta solicitud es válida por 30 días a partir de la fecha arriba indicada.

For Office Use Only: If someone helped you to complete this form, please give his or her name. Name (please print): _____ Telephone number: _____

Request for Transcript of Tax Return

- ▶ Do not sign this form unless all applicable lines have been completed.
- ▶ Request may be rejected if the form is incomplete or illegible.
- ▶ For more information about Form 4506-T, visit www.irs.gov/form4506t.

OMB No. 1545-1872

Tip. Use Form 4506-T to order a transcript or other return information free of charge. See the product list below. You can quickly request transcripts by using our automated self-help service tools. Please visit us at IRS.gov and click on "Get a Tax Transcript..." under "Tools" or call 1-800-908-9946. If you need a copy of your return, use **Form 4506, Request for Copy of Tax Return**. There is a fee to get a copy of your return.

1a Name shown on tax return. If a joint return, enter the name shown first.	1b First social security number on tax return, individual taxpayer identification number, or employer identification number (see instructions)
2a If a joint return, enter spouse's name shown on tax return.	2b Second social security number or individual taxpayer identification number if joint tax return
3 Current name, address (including apt., room, or suite no.), city, state, and ZIP code (see instructions)	
4 Previous address shown on the last return filed if different from line 3 (see instructions)	
5 If the transcript or tax information is to be mailed to a third party (such as a mortgage company), enter the third party's name, address, and telephone number. NCS/TRV PROCESSING PO BOX 321 EGG HARBOR CITY NJ, 08215 PH: 800-582-7066	

Caution: If the tax transcript is being mailed to a third party, ensure that you have filled in lines 6 through 9 before signing. Sign and date the form once you have filled in these lines. Completing these steps helps to protect your privacy. Once the IRS discloses your tax transcript to the third party listed on line 5, the IRS has no control over what the third party does with the information. If you would like to limit the third party's authority to disclose your transcript information, you can specify this limitation in your written agreement with the third party.

6 Transcript requested. Enter the tax form number here (1040, 1065, 1120, etc.) and check the appropriate box below. Enter only one tax form number per request. ▶ 1040

a Return Transcript, which includes most of the line items of a tax return as filed with the IRS. A tax return transcript does not reflect changes made to the account after the return is processed. Transcripts are only available for the following returns: Form 1040 series, Form 1065, Form 1120, Form 1120-A, Form 1120-H, Form 1120-L, and Form 1120S. Return transcripts are available for the current year and returns processed during the prior 3 processing years. Most requests will be processed within 10 business days

b Account Transcript, which contains information on the financial status of the account, such as payments made on the account, penalty assessments, and adjustments made by you or the IRS after the return was filed. Return information is limited to items such as tax liability and estimated tax payments. Account transcripts are available for most returns. Most requests will be processed within 10 business days

c Record of Account, which provides the most detailed information as it is a combination of the Return Transcript and the Account Transcript. Available for current year and 3 prior tax years. Most requests will be processed within 10 business days

7 Verification of Nonfiling, which is proof from the IRS that you **did not** file a return for the year. Current year requests are only available after June 15th. There are no availability restrictions on prior year requests. Most requests will be processed within 10 business days

8 Form W-2, Form 1099 series, Form 1098 series, or Form 5498 series transcript. The IRS can provide a transcript that includes data from these information returns. State or local information is not included with the Form W-2 information. The IRS may be able to provide this transcript information for up to 10 years. Information for the current year is generally not available until the year after it is filed with the IRS. For example, W-2 information for 2011, filed in 2012, will likely not be available from the IRS until 2013. If you need W-2 information for retirement purposes, you should contact the Social Security Administration at 1-800-772-1213. Most requests will be processed within 10 business days

Caution: If you need a copy of Form W-2 or Form 1099, you should first contact the payer. To get a copy of the Form W-2 or Form 1099 filed with your return, you must use Form 4506 and request a copy of your return, which includes all attachments.

9 Year or period requested. Enter the ending date of the year or period, using the mm/dd/yyyy format. If you are requesting more than four years or periods, you must attach another Form 4506-T. For requests relating to quarterly tax returns, such as Form 941, you must enter each quarter or tax period separately.

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

Caution: Do not sign this form unless all applicable lines have been completed.

Signature of taxpayer(s). I declare that I am either the taxpayer whose name is shown on line 1a or 2a, or a person authorized to obtain the tax information requested. If the request applies to a joint return, at least one spouse must sign. If signed by a corporate officer, 1 percent or more shareholder, partner, managing member, guardian, tax matters partner, executor, receiver, administrator, trustee, or party other than the taxpayer, I certify that I have the authority to execute Form 4506-T on behalf of the taxpayer. **Note:** For transcripts being sent to a third party, this form must be received within 120 days of the signature date.

Signatory attests that he/she has read the attestation clause and upon so reading declares that he/she has the authority to sign the Form 4506-T. See instructions.

Signature (see instructions)	Date
Title (if line 1a above is a corporation, partnership, estate, or trust)	
Spouse's signature	Date

Phone number of taxpayer on line 1a or 2a

Section references are to the Internal Revenue Code unless otherwise noted.

Future Developments

For the latest information about Form 4506-T and its instructions, go to www.irs.gov/form4506t. Information about any recent developments affecting Form 4506-T (such as legislation enacted after we released it) will be posted on that page.

General Instructions

Caution: Do not sign this form unless all applicable lines have been completed.

Purpose of form. Use Form 4506-T to request tax return information. You can also designate (on line 5) a third party to receive the information. Taxpayers using a tax year beginning in one calendar year and ending in the following year (fiscal tax year) must file Form 4506-T to request a return transcript.

Note: If you are unsure of which type of transcript you need, request the Record of Account, as it provides the most detailed information.

Tip. Use Form 4506, Request for Copy of Tax Return, to request copies of tax returns.

Automated transcript request. You can quickly request transcripts by using our automated self-help service tools. Please visit us at IRS.gov and click on "Get a Tax Transcript..." under "Tools" or call 1-800-908-9946.

Where to file. Mail or fax Form 4506-T to the address below for the state you lived in, or the state your business was in, when that return was filed. There are two address charts: one for individual transcripts (Form 1040 series and Form W-2) and one for all other transcripts.

If you are requesting more than one transcript or other product and the chart below shows two different addresses, send your request to the address based on the address of your most recent return.

Chart for individual transcripts (Form 1040 series and Form W-2 and Form 1099)

If you filed an individual return and lived in:	Mail or fax to:
Alabama, Kentucky, Louisiana, Mississippi, Tennessee, Texas, a foreign country, American Samoa, Puerto Rico, Guam, the Commonwealth of the Northern Mariana Islands, the U.S. Virgin Islands, or A.P.O. or F.P.O. address	Internal Revenue Service RAIVS Team Stop 6716 AUSC Austin, TX 73301 512-460-2272
Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Michigan, Minnesota, Montana, Nebraska, Nevada, New Mexico, North Dakota, Oklahoma, Oregon, South Dakota, Utah, Washington, Wisconsin, Wyoming	Internal Revenue Service RAIVS Team Stop 37106 Fresno, CA 93888 559-456-7227
Connecticut, Delaware, District of Columbia, Florida, Georgia, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Hampshire, New Jersey, New York, North Carolina, Ohio, Pennsylvania, Rhode Island, South Carolina, Vermont, Virginia, West Virginia	Internal Revenue Service RAIVS Team Stop 6705 P-6 Kansas City, MO 64999 816-292-6102

Chart for all other transcripts

If you lived in or your business was in:	Mail or fax to:
Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Florida, Hawaii, Idaho, Iowa, Kansas, Louisiana, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Mexico, North Dakota, Oklahoma, Oregon, South Dakota, Texas, Utah, Washington, Wyoming, a foreign country, American Samoa, Puerto Rico, Guam, the Commonwealth of the Northern Mariana Islands, the U.S. Virgin Islands, or A.P.O. or F.P.O. address	Internal Revenue Service RAIVS Team P.O. Box 9941 Mail Stop 6734 Ogden, UT 84400 801-620-6922
Connecticut, Delaware, District of Columbia, Georgia, Illinois, Indiana, Kentucky, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, New Hampshire, New Jersey, New York, North Carolina, Ohio, Pennsylvania, Rhode Island, South Carolina, Tennessee, Vermont, Virginia, West Virginia, Wisconsin	Internal Revenue Service RAIVS Team P.O. Box 145500 Stop 2800 F Cincinnati, OH 45250 859-669-3592

Line 1b. Enter your employer identification number (EIN) if your request relates to a business return. Otherwise, enter the first social security number (SSN) or your individual taxpayer identification number (ITIN) shown on the return. For example, if you are requesting Form 1040 that includes Schedule C (Form 1040), enter your SSN.


Line 3. Enter your current address. If you use a P.O. box, include it on this line.

Line 4. Enter the address shown on the last return filed if different from the address entered on line 3.

Note: If the addresses on lines 3 and 4 are different and you have not changed your address with the IRS, file Form 8822, Change of Address. For a business address, file Form 8822-B, Change of Address or Responsible Party — Business.

Line 6. Enter only one tax form number per request.

Signature and date. Form 4506-T must be signed and dated by the taxpayer listed on line 1a or 2a. If you completed line 5 requesting the information be sent to a third party, the IRS must receive Form 4506-T within 120 days of the date signed by the taxpayer or it will be rejected. Ensure that all applicable lines are completed before signing.



CAUTION You must check the box in the signature area to acknowledge you have the authority to sign and request the information. The form will not be processed and returned to you if the box is unchecked.

Individuals. Transcripts of jointly filed tax returns may be furnished to either spouse. Only one signature is required. Sign Form 4506-T exactly as your name appeared on the original return. If you changed your name, also sign your current name.

Corporations. Generally, Form 4506-T can be signed by: (1) an officer having legal authority to bind the corporation, (2) any person designated by the board of directors or other governing body, or (3) any officer or employee on written request by any principal officer and attested to by the secretary or other officer. A bona fide shareholder of record owning 1 percent or more of the outstanding stock of the corporation may submit a Form 4506-T but must provide documentation to support the requester's right to receive the information.

Partnerships. Generally, Form 4506-T can be signed by any person who was a member of the partnership during any part of the tax period requested on line 9.

All others. See section 6103(e) if the taxpayer has died, is insolvent, is a dissolved corporation, or if a trustee, guardian, executor, receiver, or administrator is acting for the taxpayer.

Note: If you are Heir at law, Next of kin, or Beneficiary you must be able to establish a material interest in the estate or trust.

Documentation. For entities other than individuals, you must attach the authorization document. For example, this could be the letter from the principal officer authorizing an employee of the corporation or the letters testamentary authorizing an individual to act for an estate.

Signature by a representative. A representative can sign Form 4506-T for a taxpayer only if the taxpayer has specifically delegated this authority to the representative on Form 2848, line 5. The representative must attach Form 2848 showing the delegation to Form 4506-T.

Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice. We ask for the information on this form to establish your right to gain access to the requested tax information under the Internal Revenue Code. We need this information to properly identify the tax information and respond to your request. You are not required to request any transcript; if you do request a transcript, sections 6103 and 6109 and their regulations require you to provide this information, including your SSN or EIN. If you do not provide this information, we may not be able to process your request. Providing false or fraudulent information may subject you to penalties.

Routine uses of this information include giving it to the Department of Justice for civil and criminal litigation, and cities, states, the District of Columbia, and U.S. commonwealths and possessions for use in administering their tax laws. We may also disclose this information to other countries under a tax treaty, to federal and state agencies to enforce federal nontax criminal laws, or to federal law enforcement and intelligence agencies to combat terrorism.

You are not required to provide the information requested on a form that is subject to the Paperwork Reduction Act unless the form displays a valid OMB control number. Books or records relating to a form or its instructions must be retained as long as their contents may become material in the administration of any Internal Revenue law. Generally, tax returns and return information are confidential, as required by section 6103.

The time needed to complete and file Form 4506-T will vary depending on individual circumstances. The estimated average time is: **Learning about the law or the form**, 10 min.; **Preparing the form**, 12 min.; and **Copying, assembling, and sending the form to the IRS**, 20 min.

If you have comments concerning the accuracy of these time estimates or suggestions for making Form 4506-T simpler, we would be happy to hear from you. You can write to:

Internal Revenue Service
Tax Forms and Publications Division
1111 Constitution Ave. NW, IR-6526
Washington, DC 20224

Do not send the form to this address. Instead, see *Where to file* on this page.

JPS Health Network
Responsabilidades de la Membresía Para el
Programa de Salud de JPS Connection Para Indigentes

_____ JPS Connection es un programa médico financiado por los impuestos que pagan los contribuyentes y se ofrece a los residentes elegibles del Condado Tarrant. JPS Connection ofrece cuidado médico de bajo costo y está disponible solamente a través de los centros de JPS Health Network. **Yo entiendo que JPS Connection no es una compañía de seguros médicos ni un plan de seguro médico.**

_____ Yo entiendo que JPS Connection no cubre todos los servicios proporcionados en JPS Health Network, incluyendo, pero sin limitarse a: procedimientos dentales cosméticos, tecnología de reproducción asistida y trasplantes.

_____ Yo entiendo que si se me considera elegible para recibir asistencia estatal o federal, de los programas de asistencia farmacéutica o de seguros médicos, debo cumplir con buscar u obtener esa asistencia antes de recibir cualquier asistencia del Programa JPS Connection. Esto incluye cualquier seguro médico comercial de terceros, Medicaid, beneficios de la Administración de Veteranos y/o las partes AB + D de Medicare. De no hacerlo, no seré elegible para JPS Connection. La documentación proporcionada a JPS Health Network se utilizará para aplicar a cualquier cobertura para la que yo pudiera ser potencialmente elegible.

_____ Autorizo al Distrito Hospitalario del Condado Tarrant de Fort Worth para que divulgue cualquier información demográfica y financiera solicitada por representantes, agentes o intermediarios de: agencias locales, estatales o federales, compañías de seguros, programas de asistencia farmacéutica u otras organizaciones o entidades como lo requerido por dicho representante para el pago de las reclamaciones derivadas de los servicios prestados bajo el Programa JPS Connection.

_____ Como miembro de JPS Connection, entiendo que soy responsable de los co-pagos por los servicios prestados. Se me ha proporcionado una copia de la Tabla de copagos de JPS Connection.

_____ Estoy consciente de que cuando JPS Connection es utilizado como un programa suplementario con otro pagador, yo soy responsable de todos los honorarios médicos/profesionales, co-pagos y cualquier deducible relacionado con los servicios profesionales que hayan sido prestados. Esto incluye, pero no está limitado a: cobros de NTMAG, UNT, Sheridan, RadCare, IES o de cualquier otro grupo profesional del cual podría recibir facturas de cobro.

_____ Como miembro de JPS Connection, entiendo que tengo la obligación de notificar al Departamento de Evaluación Financiera de JPS Health Network de cualquier cambio. Estoy de acuerdo en informar inmediatamente al Departamento de Evaluación Financiera de JPS Health Network acerca de cualquier cambio en: mi domicilio en el Condado Tarrant, mi ingreso familiar, el tamaño de la familia y la cobertura del seguro. De no hacerlo, podría resultar en la pérdida de los beneficios de la membresía.

_____ Yo entiendo que los privilegios de la membresía de JPS Connection son proporcionados por tiempo limitado. Para continuar recibiendo un descuento en los servicios médicos a través del programa JPS Connection, será necesario completar otra evaluación financiera al final de mi período de inscripción. Entiendo que se espera que pague todos los gastos incurridos tras la expiración de elegibilidad.

_____ Yo reconozco que si JPS Health Network recibe correspondencia devuelta de la dirección de correo que proporcioné, mis privilegios de membresía con JPS Connection serán suspendidos mientras se realiza una revisión adicional.

_____ Yo entiendo que es mi responsabilidad proporcionar documentación verdadera y correcta. Si en cualquier momento se descubre información falsa, las sanciones incluyen pero no se limitan a: la pérdida de los beneficios de membresía y la inhabilidad para volver a aplicar para el Programa de Salud JPS Connection para Indigentes por un periodo de no menos de (90) días.

"Entiendo que si alguien miente o tergiversa la verdad intencionalmente o hace arreglos para que alguien mienta o tergiversa la verdad intencionalmente al llenar esta solicitud está cometiendo un crimen que puede ser castigado por las leyes federales, estatales o por ambas. Hasta donde yo sé, toda la información en esta solicitud es verdadera."

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del Co-Solicitante: _____ Fecha: _____

JPS Health Network
Verificación de Asistencia y Residencia para
el Programa de JPS Connection

Necesita completar este formulario solamente si el solicitante está siendo mantenido por otro individuo.

Yo, _____ verifico que _____
Nombre de la persona que provee la ayuda Nombre completo del solicitante

Número de expediente médico del paciente _____ y/o número de seguro social _____

vive en _____
Domicilio del solicitante Ciudad / Código Postal

Asistencia Financiera: Yo proveo ayuda financiera al solicitante. Si No

Este individuo fue reclamado como mi dependiente en mi declaración de impuestos reciente. Si No

¿Tiene trabajo el/la solicitante? _____ ¿Si responde sí, nombre del empleador _____

¿Tiene el solicitante otra fuente de ingresos? _____ ¿Si responde sí, cuanto? _____

Yo proveo al solicitante con lo siguiente: Comida Artículos personales Transportación
 Efectivo/Cheque \$ _____ por semana o mes Otro _____

¿Paga renta o otras facturas para el solicitante? _____ ¿Si responde sí, cuantas veces y cuanto al mes?

Asistencia con vivienda

- El solicitante vive en mi casa en el condado Tarrant.
 El solicitante no me paga renta.
 El solicitante paga _____ para ayudar con la renta y servicios públicos.

¿Por cuanto tiempo ha vivido el solicitante en su domicilio? _____

¿Tiene el solicitante otra residencia? _____ ¿donde? _____

Parentesco con el solicitante: _____

Certifico que la información mencionada arriba es verdadera y correcta. “Entiendo que cualquiera con conocimiento o intencionalmente haga arreglos para que alguien mienta al llenar esta solicitud, está cometiendo un crimen que puede ser castigado por las leyes federales y/o estatales. Hasta donde yo sé, toda la información de esta solicitud es verdadera.

Firma-Persona que provee la ayuda: _____

Dirección, ciudad, estado, código postal: _____

Numero telefónico: _____

Fecha en que se firmó: _____

JPS Health Network
Declaración De Ingresos De Negocio Independiente
para Programa Cuidado de Salud para Indigentes de JPS Connection

Lista de sus ingresos y gastos del negocio durante los últimos 3 meses (una forma por mes)

*Atención: recibos, facturas, y otros documentos podrían ser requeridos

Nombre de la Persona que Tiene Ingresos de Negocio Independiente:

Describa loque hace para ganar dinero:

Gastos del Negocio

Apunte las fechas cuando usted hizo un gasto y las cantidades de los gastos. Los gastos son lo que gasta para tener su negocio. Ejemplo: material, reparaciones, renta, utilidades, semilla, alimento, seguro del negocio, licencias, honorarios, su contribución al seguro social de la gente que trabajo para usted, mano de obra (no incluye salario que usted se ha pagado a usted mismo.)

Fecha	Tipo de Gasto	Cantidad
Total De Gastos Del Negocio		\$

Ingresos del Negocio

Apunte las fechas que recibió ingresos y la cantidad por cada fecha. Ingresos incluye dinero recibido por ventas, comisiones, arrendamientos, propinas o lo que usted haga o venda para obtener dinero. Ejemplo: cuidado de niños, sub contratista, trabajo de yardas, trabajo de un solo día, mendinguinar, estalista y manicurista

Fecha	Tipo de Ingreso	Cantidad
Total De Ingresos Del Negocio		\$
Rebaje Los Gastos De Los Ingresos		-
Ingresos Netos de Negocio Independiente		\$

“Entiendo que si alguien intencionalmente miente o mal representa la verdad o arregla para que alguien intencionalmente mienta y mal represente la verdad esta cometiendo un crimen que puede ser castigado por las leyes Federales Y Estatales o las dos. Toda información en esta solicitud es verdadera como yo lo se.” Si en cualquier momento se descubre falsa información, penalidades se incluyen, pero no son limitados a pérdida de beneficios de mi membresía y inhabilidad de solicitar para el Programa Cuidado de Salud para Indigentes de JPS Connection por no menos de noventa (90) días.