



Xin chào mừng quý vị đã đến với JPS Health Network. Hướng của chúng tôi là cung cấp dịch vụ sức khỏe khả dĩ cho quý vị và gia đình. Mục đích của chương trình JPS Connection (Liên Kết JPS) là để giúp tạo dựng một cộng đồng khỏe mạnh bằng cách cung cấp một dịch vụ khám sức khỏe rẻ cho cư dân quận Tarrant. Các thành viên của chương trình này được cung cấp sự săn sóc sức khỏe cho gia đình – có nghĩa là sẽ có bác sĩ và y tá điều trị dành riêng cho quý vị và gia đình. Quý vị sẽ được khám để ngừa bệnh – nghĩa là được khám và kiểm tra phòng ngừa sức khỏe để quý vị được khỏe mạnh và không phải đi cấp cứu.

Trong tập hồ sơ này quý vị sẽ thấy đơn xin và các hồ sơ cần thiết để làm đơn xin thẻ chương trình Liên Kết JPS. **Tất cả những mục liệt kê trong đơn cần phải hoàn tất.** Nếu có phần nào không thích hợp, xin viết một chữ O hay N/A vào trong mỗi ô. Xin quý vị hoàn tất đơn này và đem theo các hồ sơ đòi hỏi theo bản tự kiểm tra dưới đây khi đi tới phòng kiểm tra tài chánh trong bất kỳ văn phòng nào trong quận Tarrant trong khoảng 8 giờ sáng tới 4:30 chiều. Quý vị có thể gọi Eligibility Center (Trung Tâm Ghi Danh Hội Đủ Điều Kiện JPS) (817) 927-1001 nếu cần giúp đỡ. Nhân viên của chúng tôi sẽ hân hạnh để trả lời mọi câu hỏi. Đơn xin có thể được nhận bằng máy fax 817-927-3834 hay email [Enroll@JPSHealth.org](mailto:Enroll@JPSHealth.org)

Xin cảm ơn đã chọn JPS và chúng tôi trông đợi để cung cấp sự chăm sóc tốt cho quý vị và gia đình.

Trân trọng

Kade Rutherford  
Giám Đốc Điều Hành,  
(Executive Director, Revenue Cycle)

### **BẢN LIỆT KÊ TỰ KIỂM TRA LẦN CUỐI:**

- Thẻ chứng minh có hình cho tất cả các thành viên trong gia đình (Chính phủ cấp, Trường học, và nơi làm việc)
- Hồ sơ di trú (Những thẻ thường trú nhân (Resident Alien Cards), Hộ chiếu (Passports), Giấy Chứng nhận quốc tịch (Certificate of Naturalization), thẻ I-94, Giấy Khai sinh (Birth Certificates)
- Giấy khai sinh cho tất cả trẻ em còn lệ thuộc cha mẹ
- Giấy chấp thuận cho trú ngụ (Shelter letter), Lá thư chấp thuận của thường trú (Approved Agency Resident Letter) or Thẻ cho người vô gia cư còn hiệu lực (Valid Homeless Scan Card)
- Những lá thư của cơ quan cho thụ hưởng (Food stamp, TANF, Housing, CHIP/Medicaid, RSDI, SSI, etc.)
- Đơn xin đã hoàn tất (đơn chưa hoàn tất không được chấp nhận)
- Đương đơn và người phối ngẫu đã ký tên và ghi ngày
- Hoàn tất và ký vào mẫu đơn 4506T
- Đọc lại, ký tất, và ký tên vào trang Trách Nhiệm Của Thành Viên
- Chủ nhà, người tự làm chủ, hay bệnh nhân nhận tiền an sinh xã hội cần phải cung cấp bản báo cáo của ngân hàng hiện tại trong 30 ngày cho tất cả những trương mục.
- 30 – 90 ngày chứng minh thu nhập của tất cả thành viên trong gia đình (cuồng check lãnh lương, lá thư tài chánh đang thụ hưởng, hỗ trợ tài chánh được hoàn lại, đơn tự làm chủ, etc.)

\*Hiệu lực/ cần hồ sơ hiện tại \*

\*\*Những thông tin thêm có thể bị yêu cầu trong buổi phỏng vấn \*\*

## 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

**Mạng Lưới Sức Khỏe JPS (JPS Health Network)**  
**Đơn Xin Gia Nhập Chương Trình Liên Kết JPS (Application for JPS Connection Program)**

08/10/15

Tên: \_\_\_\_\_ (Họ) \_\_\_\_\_ (Tên) \_\_\_\_\_ (Chữ đầu tên đệm) **Nhũ danh:** \_\_\_\_\_  
 **Sống chung với người khác**  
 **Thuê nhà**  **Điện thoại nhà #:** \_\_\_\_\_  
 **Chủ nhà**  **Điện thoại di động #:** \_\_\_\_\_  
 **Vô gia cư / số thẻ** Xin chỉ định số điện thoại chính để liên lạc

Địa chỉ: \_\_\_\_\_  
 (Số nhà và tên đường) (Apt. #) (Thành phố) (Tiểu Bang) (Số vùng) (Quận hạt)

Địa chỉ trên mạng: \_\_\_\_\_  
 Ngôn ngữ chính:  Tiếng Anh  Tiếng Tây ban Nha  Tiếng Việt Nam  Ngôn ngữ khác \_\_\_\_\_  
 Tình trạng gia đình:  Độc thân  Ly thân  Ly dị  Ồ góa  Kết hôn\*\* (Nếu kết hôn, cần có chữ ký của người phối ngẫu)  
 Dân tộc:  gốc Caucasian  Người Mỹ gốc Phi  gốc Hispanic  Á Châu  Người Mỹ Bản xứ  Dân tộc khác \_\_\_\_\_

**Danh sách của những thành viên trong gia đình (nếu thiếu chỗ ghi thêm những đơn khác nếu cần)**  
**Cần cung cấp chứng minh căn cước bắt buộc, thí dụ như bản sao bằng lái xe, giấy khai sinh cho trẻ em dưới 18 tuổi, các thẻ nhập cư**

Họ Tên của những thành viên trong gia đình:					
Liên hệ với đương đơn:	<b>Bản thân</b>	<b>Người phối ngẫu</b>	<b>Trẻ em</b>	<b>Trẻ em</b>	<b>Trẻ em</b>
<b>Giới tính:</b>	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
<b>Ngày Sinh</b>					
<b>Nơi Sinh</b>					
<b>Đánh dấu vào một ô thích hợp:</b>	<input type="checkbox"/> Công dân Mỹ <input type="checkbox"/> Thường trú nhân hợp pháp <input type="checkbox"/> Người tị nạn/Asylee <input type="checkbox"/> Không có giấy tờ hợp lệ	<input type="checkbox"/> Công dân Mỹ <input type="checkbox"/> Thường trú nhân hợp pháp <input type="checkbox"/> Người tị nạn/Asylee <input type="checkbox"/> Không có giấy tờ hợp lệ	<input type="checkbox"/> Công dân Mỹ <input type="checkbox"/> Thường trú nhân hợp pháp <input type="checkbox"/> Người tị nạn/Asylee <input type="checkbox"/> Không có giấy tờ hợp lệ	<input type="checkbox"/> Công dân Mỹ <input type="checkbox"/> Thường trú nhân hợp pháp <input type="checkbox"/> Người tị nạn/Asylee <input type="checkbox"/> Không có giấy tờ hợp lệ	<input type="checkbox"/> Công dân Mỹ <input type="checkbox"/> Thường trú nhân hợp pháp <input type="checkbox"/> Người tị nạn/Asylee <input type="checkbox"/> Không có giấy tờ hợp lệ
<b>Số An Sinh Xã Hội #</b>					
<b>Thành viên gia đình này có xin thẻ bệnh viện không? (Khoanh tròn một chữ)</b>	<b>Có/ Không</b>	<b>Có/ Không</b>	<b>Có/ Không</b>	<b>Có/ Không</b>	<b>Có/ Không</b>
<b>Nộp đơn lần đầu tiên?</b>	<b>Có/ Không</b>	<b>Có/ Không</b>	<b>Có/ Không</b>	<b>Có/ Không</b>	<b>Có/ Không</b>
<b>Đang có thai? (Khoanh tròn một chữ)</b>	<b>Có/ Không</b>	<b>Có/ Không</b>	<b>Có/ Không</b>	<b>Có/ Không</b>	<b>Có/ Không</b>
<b>Cá nhân đang có bảo hiểm ?</b> (Đánh dấu vào ô thích hợp)	<input type="checkbox"/> Medicaid/ CHIP <input type="checkbox"/> Medicare phần A <input type="checkbox"/> Medicare A&B <input type="checkbox"/> Market Place <input type="checkbox"/> Bảo hiểm tư mua từ hãng xưởng hay tự mua <input type="checkbox"/> VA (cựu quân nhân) <input type="checkbox"/> Không có	<input type="checkbox"/> Medicaid/CHIP <input type="checkbox"/> Medicare phần A <input type="checkbox"/> Medicare A&B <input type="checkbox"/> Market Place <input type="checkbox"/> Bảo hiểm tư mua từ hãng xưởng hay tự mua <input type="checkbox"/> VA (cựu quân nhân) <input type="checkbox"/> Không có	<input type="checkbox"/> Medicaid/CHIP <input type="checkbox"/> Medicare phần A <input type="checkbox"/> Medicare A&B <input type="checkbox"/> Market Place <input type="checkbox"/> Bảo hiểm mua từ hãng xưởng hay tự mua <input type="checkbox"/> VA(cựu quân nhân) <input type="checkbox"/> Không có	<input type="checkbox"/> Medicaid/CHIP <input type="checkbox"/> Medicare phần A <input type="checkbox"/> Medicare A&B <input type="checkbox"/> Market Place <input type="checkbox"/> Bảo hiểm mua từ hãng xưởng hay tự mua <input type="checkbox"/> VA(cựu quân nhân) <input type="checkbox"/> Không có	<input type="checkbox"/> Medicaid/CHIP <input type="checkbox"/> Medicare phần A <input type="checkbox"/> Medicare A&B <input type="checkbox"/> Market Place <input type="checkbox"/> Bảo hiểm mua từ hãng xưởng hay tự mua <input type="checkbox"/> VA(cựu quân nhân) <input type="checkbox"/> Không có
<b>Hiện nay thành viên này có được nhận sự trợ giúp tài chánh ở trong trường học ( financial aid)</b>	<b>Có/ Không</b>	<b>Có/ Không</b>	<b>Có/ Không</b>	<b>Có/ Không</b>	<b>Có/ Không</b>
<b>Hiện nay thành viên này có nhận quyền lợi của cựu chiến binh?( Khoanh tròn một chữ)</b>	<b>Có/ Không</b>	<b>Có/ Không</b>	<b>Có/ Không</b>	<b>Có/ Không</b>	<b>Có/ Không</b>
<b>Người xin gia nhập có nhận những sự giúp đỡ từ chính phủ? *** (Khoanh tròn vào tất cả những ô thích hợp)</b>	<input type="checkbox"/> Thẻ mua thức ăn miễn phí <input type="checkbox"/> Trợ giúp tiền nhà ở <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Không có	<input type="checkbox"/> Thẻ mua thức ăn miễn phí <input type="checkbox"/> Trợ giúp tiền nhà ở <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Không có	<input type="checkbox"/> Thẻ mua thức ăn miễn phí <input type="checkbox"/> Trợ giúp tiền nhà ở <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Không có	<input type="checkbox"/> Thẻ mua thức ăn miễn phí <input type="checkbox"/> Trợ giúp tiền nhà ở <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Không có	<input type="checkbox"/> Thẻ mua thức ăn miễn phí <input type="checkbox"/> Trợ giúp tiền nhà ở <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Không có

\*\*Cần cung cấp bản sao của những quyền lợi, nếu một thành viên của gia đình nhận TANF, Food Stamps hay trợ giúp nhà ở ( Housing Assistance).

**Danh sách của những thành viên trong gia đình (nếu thiếu chỗ ghi thêm những đơn khác nếu cần)  
Không để ô trống, nếu không thích hợp, viết chữ \_O\_ hay N/A. Đơn sẽ trả lại nếu để ô trống không trả lời.**

<b>Họ Tên của những thành viên trong gia đình</b>					
Liên hệ với đương đơn:	<b>Bản thân</b>	<b>Người phối ngẫu</b>	<b>Trẻ em</b>	<b>Trẻ em</b>	<b>Trẻ em</b>

**Nếu quý vị / hay một thành viên trong gia đình là người tư doanh, làm việc tự do, hay làm việc cho người khác nhưng người chủ không có giữ thuế từ lương của quý vị , do vậy quý vị khai là tư doanh (self- employed)**

<b>Thành viên này có tư doanh không? ( Khoanh tròn một chữ)</b>	<b>Có/Không</b>	<b>Có/Không</b>	<b>Có/ Không</b>	<b>Có /Không</b>	<b>Có/Không</b>
Lương tháng <b>Sau Khi khấu trừ</b> phí tổn thương mại tư doanh	\$	\$	\$	\$	\$

**Quý vị hay thành viên trong gia đình làm việc tại?**

<b>Cá nhân này có đi làm không? (Khoanh tròn một chữ)</b>	<b>Có/ Không</b>	<b>Có/ Không</b>	<b>Có/ Không</b>	<b>Có/ Không</b>	<b>Có/ Không</b>
Tên của công ty :					
Địa chỉ công ty :					
Bang, Thành Phố, Số vùng của công ty :					
Số điện thoại của công ty :					
Lương tháng <b>trước khi khấu trừ</b> các khoản khác	\$	\$	\$	\$	\$

**Quý vị hay thành viên trong gia đình làm thêm công việc thứ hai , ghi vào phần dưới:**

Tên của công ty # 2:					
Lương tháng <b>trước khi khấu trừ</b> các khoản	\$	\$	\$	\$	\$

**Quý vị hay thành viên trong gia đình có những thu nhập khác và/ hay tiền hoàn trả từ financial aid?:**

Tiền bồi thường thất nghiệp	\$	\$	\$	\$	\$
Tiền bồi thường nhân viên	\$	\$	\$	\$	\$
Tiền cấp dưỡng của con cái /Cấp dưỡng từ phối ngẫu đã ly dị hay ly thân	\$	\$	\$	\$	\$
Lương hưu trí/ Tiền hưu trí	\$	\$	\$	\$	\$
An sinh xã hội	\$	\$	\$	\$	\$
Trợ cấp xã hội cho người khuyết tật (SSI Disability)	\$	\$	\$	\$	\$
Tiền hưu của cựu chiến binh (VA)	\$	\$	\$	\$	\$
Lợi tức từ cho thuê đất có khí đốt hay dầu hỏa	\$	\$	\$	\$	\$
Tiền nhận trợ giúp từ gia đình và bạn hữu	\$	\$	\$	\$	\$
Những giúp đỡ khác ( viết vào dưới đây)	\$	\$	\$	\$	\$
<b>Bản khai thuế của những năm trước</b>	<b>Năm</b>	<b>Năm</b>	<b>Năm</b>	<b>Năm</b>	<b>Năm</b>

**Tài sản sở hữu của những thành viên trong gia đình ( nếu thiếu chỗ, ghi thêm đơn khác nếu cần)**

**Tài sản và tài khoản trong ngân hàng:**

<b>Tên của Ngân Hàng</b>			
<b>Loại tài khoản ( khoanh tròn tất cả những thích hợp)</b>	Tài khoản gửi chi trả	Tài khoản tiết kiệm	Tài khoản doanh nghiệp
<b>Tổng kết tiền trong tất cả các tài khoản</b>	\$		
<b>Tên của Ngân Hàng</b>			
<b>Loại tài khoản (khoanh tròn tất cả những thích hợp)</b>	Tài khoản gửi chi trả	Tài khoản tiết kiệm	Tài khoản doanh nghiệp
<b>Tổng kết tiền trong tất cả các tài khoản</b>	\$		

**Tài Khoản Hưu Trí:**

<b>Tên của ngân hàng hay công ty</b>				
<b>Loại tài khoản :( khoanh tròn tất cả những thích hợp )</b>	IRA	401(k)	403(b)	Loại khác _____
<b>Giá trị bằng tiền trong tất cả các tài khoản</b>	\$			

**CD và các Tài Khoản Đầu Tư:**

<b>Tên của Ngân Hàng hay Tên Công Ty</b>				
<b>Loại tài khoản :( khoanh tròn tất cả những thích hợp)</b>	CD	Stocks	Mutual Funds	Loại khác _____
<b>Giá trị bằng tiền trong tất cả các tài khoản hiện nay</b>	\$			

**“Tôi hiểu rằng bất cứ ai biết mình nói dối hay nói sai lạc sự thật hoặc dàn xếp để cho người khác nói dối hay nói sai lạc sự thật trong khi điền đơn này thì đang vi phạm vào tội hình sự sẽ bị trừng phạt theo luật lệ của liên bang và/hay của tiểu bang. Tất cả những gì trong đơn này là sự thật tối đa theo tôi biết.”**

Nếu bất cứ khi nào một thông tin sai lạc được khám phá ra, thì những hình phạt sẽ gồm có, nhưng không chỉ giới hạn ở, sự mất những phúc lợi của gia đình và không được tái nạp đơn vào Chương Trình Liên Kết JPS trong một khoảng thời gian không dưới 90 ngày. Tôi cho phép Mạng Lưới Sức Khỏe JPS được nhận những báo cáo điện tử trong mục đích để xét xem tôi có hội đủ những điều kiện để được chấp nhận vào Chương Trình Liên Kết JPS hay không. Tôi cũng hiểu rằng sự chấp thuận đơn xin của tôi tùy thuộc vào thông tin trong những bản báo cáo này.

Ký tên của đương đơn: \_\_\_\_\_ Ngày tháng: \_\_\_\_\_

Ký tên của người đồng đứng đơn /phối ngẫu: \_\_\_\_\_ Ngày tháng: \_\_\_\_\_

**Cần có chữ ký của người phối ngẫu** để hoàn tất sự cứu xét ngay cả khi người phối ngẫu không yêu cầu được trợ giúp trong thời gian này.

**Đơn này có giá trị trong 30 ngày kể từ ngày ký ở trên.**

Chỉ để Văn phòng Xử dụng:  
For Office Use Only:

Nếu một cá nhân giúp tôi điền đơn này, xin viết họ tên của cá nhân đã giúp.  
If someone helped you to complete this form, please give his or her name.

Họ Tên ( xin viết hoa) \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_  
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](http://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](http://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.

<b>1a</b> Name shown on tax return. If a joint return, enter the name shown first.	<b>1b</b> First social security number on tax return, individual taxpayer identification number, or employer identification number (see instructions)
<b>2a</b> If a joint return, enter spouse's name shown on tax return.	<b>2b</b> Second social security number or individual taxpayer identification number if joint tax return
<b>3</b> Current name, address (including apt., room, or suite no.), city, state, and ZIP code (see instructions)	
<b>4</b> Previous address shown on the last return filed if different from line 3 (see instructions)	
<b>5</b> 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.

<input type="checkbox"/> <b>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.</b> See instructions.	Phone number of taxpayer on line 1a or 2a
▶ <b>Signature</b> (see instructions)	Date
▶ <b>Title</b> (if line 1a above is a corporation, partnership, estate, or trust)	
▶ <b>Spouse's signature</b>	Date

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](http://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](http://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**  
**Trách Nhiệm Thành Viên Chương Trình**  
**Liên Kết Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Nghèo**

\_\_\_\_\_ JPS Connection là một chương trình sức khỏe hỗ trợ bởi thuế cung cấp cho các cư dân đủ điều kiện tại quận Tarrant . Chương trình Liên Kết JPS cung cấp chăm sóc sức khỏe giá rẻ chỉ qua các cơ sở của JPS Health Network. **Tôi hiểu rằng JPS Connection không phải là một hãng bảo hiểm hay một chương trình bảo hiểm.**

\_\_\_\_\_ Tôi hiểu rằng JPS Connection không bao gồm tất các dịch vụ cung cấp tại JPS Health Network bao gồm , nhưng không giới hạn tới nha khoa, khám nghiệm thẩm mỹ, kỹ thuật trợ giúp sinh sản, và cấy ghép bộ phận trong cơ thể.

\_\_\_\_\_ Tôi hiểu rằng nếu tôi được coi là đủ điều kiện được trợ giúp từ trong tiểu bang hay liên bang, chương trình trợ giúp thuốc men hay bảo hiểm, tôi cần phải nộp đơn cho những chương trình này trước khi nhận sự trợ giúp từ chương trình liên kết JPS. Điều này kể cả bất kỳ những bảo hiểm thương mại, Medicaid, quyền lợi VA ( cựu quân nhân) và / hay Medicare phần AB &D. Không nộp đơn cho những chương trình này sẽ làm tôi không được cho chương trình Liên Kết JPS. Hồ sơ nộp cho JPS Health Network sẽ được dùng để nộp cho tất cả các chương trình mà tôi có thể được chấp nhận.

\_\_\_\_\_ Tôi uỷ quyền Tarrant County Hospital District of Fort Worth được gửi bất kỳ thông tin về nhân khẩu hay tài chính được yêu cầu bởi người đại diện, những nhân viên bảo hiểm của trung gian địa phương , bang hay chi nhánh liên bang, công ty bảo hiểm, chương trình trợ giúp thuốc men, hay những cơ quan hay một thực thể có thể đòi hỏi bởi người đại diện cho thanh toán các chi phí từ những dịch vụ được cung cấp bởi Chương Trình Liên Kết JPS.

\_\_\_\_\_ Như một thành viên của JPS Connection, tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm trả tiền phụ phí cho những dịch vụ đã được cung cấp. Tôi đã được nhận một bản sao bảng phụ phí của chương trình Liên Kết JPS.

\_\_\_\_\_ Tôi nhận thức rằng khi JPS Connection được dùng như hỗ trợ cho một thành phần trả lệ phí khác, tôi chịu trách nhiệm cho tất cả lệ phí của bác sĩ/ chuyên viên, đồng trả hay bất kỳ những phí khoản phải trả trước ( deductible) có liên quan đến những dịch vụ đã được nhận. Bao gồm, nhưng không giới hạn tới , NTMAG, UNT, Sheridan, RadCare, IES hay bất kỳ những nhóm chuyên viên y tế khác mà tôi nhận hoá đơn.

\_\_\_\_\_ Như một thành viên Liên Kết JPS, tôi hiểu rằng tôi có bổn phận báo cho phòng Xét Duyệt Tài Chính của JPS Health Network về những thay đổi. Tôi đồng ý báo cho phòng Xét Duyệt Tài Chính của JPS Health Network ngay lập tức những thay đổi tình trạng cư trú của tôi tại Tarrant County , đầu nhập gia đình, số người trong gia đình và bảo hiểm . Không làm như vậy, có thể đưa đến kết quả bị mất quyền lợi thành viên .

\_\_\_\_\_ Tôi hiểu rằng đặc quyền của thành viên Liên Kết JPS ở trong thời hạn giới hạn . Để tiếp tục nhận được sự giảm giá trong những dịch vụ y tế, thông qua chương trình JPS, rất cần thiết cần phải hoàn tất một xét duyệt tài chính khi đến thời gian hết hạn thẻ thành viên. Tôi hiểu rằng tôi sẽ phải trả tất cả những hóa đơn xảy ra sau khi thời gian hiệu lực đã hết.

\_\_\_\_\_ Tôi công nhận rằng nếu JPS Health Network nhận được những thư bị trả lại từ địa chỉ mà tôi đã cung cấp , quyền lợi thành viên của Liên Kết JPS sẽ bị đình chỉ để xem xét thêm

\_\_\_\_\_ Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm cung cấp hồ sơ đúng sự thật, và chính xác. Nếu bất kỳ thời gian nào những thông tin sai lạc bị khám phá ra thì những hình phạt sẽ gồm có , nhưng không giới hạn ở , sự mất quyền lợi của thành viên và không được nộp đơn lại cho Chương Trình Liên Kết JPS Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Nghèo trong một khoảng thời gian không dưới (90) ngày.

**"Tôi hiểu rằng bất cứ ai biết mình nói dối hay nói sai lạc sự thật hoặc dàn xếp để cho người khác nói dối hay nói sai lạc sự thật trong khi điền đơn này thì đang vi phạm vào tội hình sự sẽ bị trừng phạt theo luật lệ của Liên Bang, luật Tiểu Bang, hay cả hai. Tất cả những điều trong đơn này là sự thật tối đa theo tôi biết"**

Chữ ký của đương đơn : \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Chữ ký của người đồng đứng đơn/phối ngẫu: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_



**Mạng Lưới Sức Khỏe JPS (JPS Health Network)**  
**Kiểm tra việc Bảo trợ và Cư trú cho**  
**Chương Trình Liên Kết JPS (JPS Connection Program)**

**Hồ sơ này cần được điền nếu đương đơn được sự bảo trợ của một người khác.**

Tôi, \_\_\_\_\_ chứng nhận rằng \_\_\_\_\_  
Tên của người bảo trợ Tên họ đương đơn

Số bệnh nhân \_\_\_\_\_ và/hay số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_  
 cư ngụ tại \_\_\_\_\_  
Địa chỉ của đương đơn Thành phố / Số Zip

**Bảo trợ tài chính: Tôi bảo trợ tài chính cho đương đơn. Có Không**

Người này được khai là tùy thuộc vào tôi trong tờ khai thuế vụ mới nhất của tôi. Có Không

Đương đơn có đi làm không? \_\_\_\_\_ Nếu có, tên hãng \_\_\_\_\_

Đương đơn có một lợi tức nào khác không? \_\_\_\_\_ Nếu có, là bao nhiêu? \_\_\_\_\_

Tôi cung cấp cho đương đơn:  Thực phẩm  Đồ dùng cá nhân  Phương tiện di chuyển

Tiền mặt/Chi phiếu \$ \_\_\_\_\_ hàng Tuần hay Tháng  Còn gì khác \_\_\_\_\_

Ông/Bà có trả tiền thuê nhà hay những chi phí khác cho đương đơn? \_\_\_\_\_

Nếu có, là bao nhiêu và có thường không? \_\_\_\_\_

**Bảo trợ cư trú:**

- Đương đơn cư ngụ tại nhà của tôi ở Tarrant County.  
 Họ không trả tiền thuê nhà cho tôi.  
 Họ trả \_\_\_\_\_ để phụ vào tiền thuê nhà và những chi phí khác.

Đương đơn đã cư ngụ tại nhà của ông/bà ở Tarrant County từ bao lâu rồi? \_\_\_\_\_

Đương đơn có nhà nào khác không? \_\_\_\_\_ Nếu có, thì ở đâu \_\_\_\_\_

Liên hệ đối với bệnh nhân: \_\_\_\_\_

**Tôi chứng nhận rằng những thông tin trên đây là thật và đúng.** "Tôi hiểu rằng bất cứ ai biết mình nói dối hay nói sai lạc sự thật hoặc dàn xếp để cho người khác nói dối hay nói sai lạc sự thật trong khi điền đơn này thì là đang vi phạm vào tội hình sự sẽ bị trừng phạt theo luật lệ của liên bang và/hay của tiểu bang. Tất cả những gì trong đơn này là sự thật tối đa theo cái biết của tôi."

Ký tên - Người bảo trợ: \_\_\_\_\_

Địa chỉ, Thành phố, Tiểu bang, Zip: \_\_\_\_\_

Số điện thoại: \_\_\_\_\_

Ngày ký Tên: \_\_\_\_\_

