Bienvenido(a) a JPS Connection

Gracias por darle a JPS Health Network la oportunidad de proporcionarle cuidado médico.

JPS Health Network le ayuda a usted y a su familia a tener acceso a cuidado médico. JPS Connection proporciona acceso a cuidado médico accesible con copagos económicos para las citas con el doctor(a), para las citas de cuidado médico especializado y para los medicamentos recetados.

JPS le ofrece asistencia financiera a las personas que son elegibles. Nosotros atendemos las necesidades de cuidado médico de todos(as) los(as) pacientes, independientemente de su capacidad de poder pagar. Los miembros del Programa de JPS Connection tienen el beneficio de tener un hogar médico, lo que significa que usted y su familia tienen un médico o un(a) enfermero(a) de práctica avanzada asignado(a) a usted y a su familia. Usted tendrá acceso a cuidado médico preventivo, tal como exámenes físicos y pruebas de detección lo que le ayudará a mantenerse saludable y fuera de la sala de emergencias.

La elegibilidad para JPS Connection se determina en base a la revisión de una solicitud completa y los documentos de respaldo. Los requisitos mínimos para recibir la asistencia son:

1. **Residencia:** La persona que está aplicando debe vivir en el Condado Tarrant.
2. **Ciudadanía:** La persona que está aplicando debe ser ciudadano(a) estadounidense o residente legal permanente.
3. **Ingresos:** Los ingresos brutos mensuales del hogar no deben exceder el 250% del Limite Federal de Ingresos por Pobreza ***(FPIL, por sus siglas en inglés)***.
4. **Cobertura de Cuidado Médico:** La persona solicitante debe buscar y aceptar toda la asistencia de seguros médicos que tenga disponible antes de recibir cualquier asistencia de JPS Connection.

El programa de JPS Connection ofrece asistencia para los servicios proporcionados por JPS Health Network. La asistencia también podría estar disponible para las visitas previas si usted califica. A los(as) pacientes y sus familias no se les cobrará más de lo que generalmente se le cobra a los(as) pacientes que tienen seguro médico por cuidado médico de emergencia o por otros cuidados médicos medicamente necesarios.

Las aplicaciones están disponibles en todas las áreas de registración para pacientes en los Centros de Elegibilidad y en la Sala de Emergencias. Usted también puede descargar u obtener una copia de la aplicación en JPSConnection.org. Nosotros podemos hacer arreglos para obtener servicios de interpretación si usted lo solicita.

Cómo Aplicar Para una Membresía

1. Complete la aplicación o solicitud y reúna los documentos requeridos.
2. Envíe la aplicación o solicitud y los documentos a uno de los Centros de Elegibilidad de JPS.
   - En persona en cualquiera de los Centros de Elegibilidad de JPS
   - Por fax: **817-702-3834**
   - Por correo electrónico: **enroll@jpshealth.org**
   - Por correo postal: JPS Eligibility Center
101 W. Allen Avenue
Fort Worth, TX 76110

Cómo Renovar su Membresía

1. Empiece el proceso de renovación en: ***ola.veritysource.com/jps***.
2. Usted necesitará su número de expediente médico para completar su renovación en línea. Si usted no sabe su número de expediente médico, por favor comuníquese con nosotros al **817-702-1001**. Si usted recibe un mensaje de error después de enviar su aplicación de renovación, esto lamentablemente significa que usted no es elegible para renovar su solicitud en línea en este momento y necesita volver a reaplicar para la membresía.

JPS Health Network
Fort Worth, Texas

Ubicaciones de los Centros de Elegibilidad e Inscripción

John Peter Smith Hospital - Admissions 1500 S. Main Street, Fort Worth, TX 76104	**De lunes a viernes** De 8 a.m. a 4:30 p.m.
Eligibility & Enrollment Center - Main Campus 101 W. Allen Avenue, Fort Worth, TX 76110	**De lunes a viernes** De 8 a.m. a 6:00 p.m.
Stop Six-Walter B. Barbour Health Center 3301 Stalcup Road, Fort Worth, TX 76119	**De lunes a viernes** De 8 a.m. a 4:30 p.m.
Diamond Hill Health Center 3308 Deen Road, Fort Worth, TX 76106	**De lunes a viernes** 8 a.m. a 6:00 p.m. **Tercer sábado del mes** De 8 a.m. al medio día
Medical Home Southeast Tarrant 1050 W. Arkansas Lane, Arlington, TX 76013	**De lunes a viernes** 8 a.m. a 6 p.m. **Cuarto sábado del mes** De 8 a.m. al medio día
Oncology & Infusion Center 1450 8th Avenue, Fort Worth, TX 76104	**De lunes a viernes** De 8 a.m. a 4:30 p.m.
Family Health Center 1500 S. Main Street, 4th Floor, Fort Worth, TX 76104	**De lunes a viernes** De 8 a.m. a 4:30 p.m.
Medical Home Southwest Tarrant 5001 Mesa Springs Drive, Fort Worth, TX 76123	**De lunes a viernes** De 8 a.m. a 4:30 p.m. **Cuarto sábado del mes** De 8 a.m. al medio día
Viola Pitts-Como Health Center 4701 Bryant Irvin Road North, Fort Worth, TX 76107	**De lunes a viernes** De 8 a.m. a 6:00 p.m. **Segundo sábado del mes** De 8 a.m. al medio día
Gertrude Tarpley-Watauga Health Center 6601 Watauga Road, Suite 124, Watauga, TX 76148	**De lunes a viernes** De 8 a.m. a 4:30 p.m.
Medical Home Northeast Tarrant 3200 W. Euless Boulevard, Euless, TX 76040	**De lunes a viernes** De 8 a.m. a 6:00 p.m. **Primer sábado del mes** De 8 a.m. al medio día
JPS Center for Behavioral Health Recovery 601 W. Terrell Avenue, Fort Worth, TX 76104	**Viernes** De 8 a.m. al medio día
Medical Home True Worth 1501 E. Presidio Street, Fort Worth, TX 76102	**De lunes a viernes** De 8 a.m. a 4:30 p.m.

Documentos Requeridos

Por favor proporcione todos los documentos que apliquen de las siguientes categorías: *Tenga en cuenta que al recibir la documentación, se le podría pedir que proporcione información adicional.*

1. **Prueba de identificación:** debe proporcionar uno de los siguientes documentos o comunicarse con la oficina para que le informemos de otras opciones.
   - Licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado
   - Identificación emitida por el gobierno
   - Acta de Nacimiento (Para menores de 19 años)
   - Tarjeta de escaneo para personas sin hogar
   - Tarjeta de identificación del trabajo actual (con foto)
   - Tarjeta de identificación Escolar Actual (con foto)
   - Pasaporte

2. **Documentación de Inmigración:** para todos los miembros del hogar que están aplicando para el programa.
   - Tarjetas de Residencia, Certificados de Naturalización, Actas de Nacimiento, Tarjetas I-94, Visas de Inmigrante Endosadas con el sello I-551 o Pasaportes
   - Número de Registro de Extranjero Para verificación

3. **Estados de Cuenta Bancarios, Inversiones y Declaraciones de Impuestos:** Se requiere que presente todas las páginas.
   - - Estados de Cuenta de Cheques y de Ahorros más recientes (se requiere que presente todas las páginas)
   - - Formulario 4506T del IRS para uso personal y comercial, si usted trabaja por cuenta propia
   - - Estado de cuenta más reciente de Certificados de Depósito, de Cuentas Individuales de Jubilación ***(IRA, por sus siglas en inglés)*** y de otras inversiones

4. **Comprobante de Empleo y de Ingresos:** Usted debe proporcionar comprobantes de ingresos de un mes.
   - Talones de Cheques de Nómina o de Pago
   - Formulario de Verificación de Empleo
   - Carta de Beneficios Actual para la Seguridad de Ingreso Suplementario ***(SSI, por sus siglas en inglés)***, Jubilación, Seguro por Sobrevivientes y Discapacidad ***(RSDI por sus siglas en inglés)***, Beneficios Para Veteranos, Seguro Social, Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas ***(TANF, por sus siglas en inglés)***
   - Compensación del Trabajador
   - Declaración de Ganancias del Empleador en papel membretado
   - Órdenes judiciales/Estado de cuenta de cheques o de tarjeta de débito para manutención infantil o Child Support/pensión alimenticia o Alimony
   - Carta de Beneficios de Desempleo

5. **Verificación de las fuentes de asistencia:** Proporcione todas las que correspondan.
   - Cartas de Beneficios: del Programa de Estampillas de Comida, del Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o del Programa de Asistencia Para Vivienda
   - Declaración del Refugio Para Personas Sin Hogar de donde reside el(la) paciente y Verificación de Desempleo
   - Formulario de Verificación de Asistencia Completado por la Persona que está proporcionando asistencia

6. **Número de Seguro Social:** Por favor proporcione el número de seguro social para todos(as) los(as) miembros del hogar que apliquen.

7. **Prueba de Residencia del(a) Paciente:**
   - Facturas de servicios públicos tal como de luz y agua de teléfono y cable
   - Contrato de Arrendamiento/Declaración de Hipoteca
   - Documentos de Seguro de Automóvil, Seguro de vida, Seguro de Propietarios de Vivienda/Inquilino
   - Correspondencia de la ciudad, condado, estado/agencias federales
   - Registro del Departamento de Vehículos Motorizados de Texas
   - Declaración del Refugio Para Personas Sin Hogar

8. **Prueba de Cobertura/Seguro Médico:** Proporcione un comprobante para todos los miembros del hogar.
   - Copia del Frente y del Reverso de las Tarjetas de Seguro Médico/Dental
   - Llame a la Oficina Para Recibir Asistencia Para la Inscripción o Exención al Marketplace o Mercado de Seguros Médicos en línea (817-702-1001)

9. **Comprobante de Trabajo por Cuenta Propia:** No se retienen impuestos de los ingresos.
   - Tres (3) Formularios de Trabajo por Cuenta Propia
   - Formulario 4506-T

10. **Fuentes Aceptables Para Verificar las Deducciones del Trabajo por Cuenta Propia:** Si usted desea reclamar los gastos del trabajo por cuenta propia.
    - Recibos

11. **Fuentes Aceptables Para Verificar las Deducciones:** Si usted desea reclamar deducciones por manutención de niños (child support) o por pensión alimenticia (alimony).
    - Órden Judicial
    - Comunicado de la Fiscalía General (Attorney General's Office)
    - Deducciones enumeradas en los talones de cheques más recientes

Tenga en cuenta: Cualquier persona que con conocimiento mienta o tergiverse la verdad o haga arreglos para que alguien con conocimiento mienta o tergiverse la verdad voluntariamente durante el proceso de completar esta solicitud está cometiendo un delito, que puede ser castigado por la ley federal, la ley estatal o ambas. *Si en algún momento se descubre información falsa, las sanciones incluirán, pero no están limitadas a: la pérdida de los beneficios de mi membresía y la imposibilidad de volver a aplicar para el Programa de JPS Connection Para Personas Sin Hogar por un período no menos de noventa (90) días.*

Solicitud para el Programa de JPS Connection

JPS Connection no es un plan de seguro. JPS Connection no proporciona cobertura de seguro de salud bajo el Intercambio Federal de Seguros de Salud.

Nombre: _____ **Nombre de soltera**: _____
(Apellido) (Primero) (Segundo)

Domicilio:_____ **Teléfono:**_____
(Calle) (No. Apto) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Condado)

Living Arrangements: ❑ Propio ❑ Alquilar ❑ Viviendo con alguien ❑ Refugio / Desamparados

Dirección de correo electrónico _____ **País de nacimiento:**_____

Estado civil: ❑Soltero/a ❑Separado/a ❑Divorciado/a ❑Viudo/a ❑Casado/a ❑Domesticó Pareja / Common Law

Raza: ❑Blanca ❑Afro-Americana ❑Hispana ❑Asiática ❑Nativo Americana ❑ Otra _____

Idioma primario: ❑Inglés ❑Español ❑Vietnamita ❑Otro _____ **¿Hay alguien embarazada?** ❑Sí ❑No

¿Alguien en el hogar recibe ayuda del gobierno? (Cupones de alimentos, Vivienda, TANF, etc.? ❑Sí ❑No

Enumere los nombres de cada persona que vive en el hogar (adjunte hojas adicionales según sea necesario)

Nombre (Apellido, primer nombre, inicial del medio)	Relación	Sexo (Masculino o Femenino)	Fecha de nacimiento	Seguridad Social #	Empleado	Ciudadano/a o Residente Permanente de EEUU	Es persona Aplicando?
1)	YO				Si / No	Si / No	Si / No
2)	ESPOSA				Si / No	Si / No	Si / No
3)					Si / No	Si / No	Si / No
4)					Si / No	Si / No	Si / No

Información del hogar: requerida para cada miembro adulto del hogar

	1) YO	2) ESPOSA	3) NIÑO	4) NIÑO
Ingreso Mensual				
Nombre del empleador				
Ingresos por empleo: monto mensual bruto:	$	$	$	$
Nombre del negocio de autoempleo				
Ingresos mensuales de autoempleo después de gastos	$	$	$	$
El **año** pasado se depositó el impuesto a la renta				
Desempleo	$	$	$	$
Compensación del trabajador	$	$	$	$
Pensiones / Jubilación	$	$	$	$
Seguridad Social RSDI	$	$	$	$
Ingreso por discapacidad o ingreso de SSI	$	$	$	$
Beneficios de VA	$	$	$	$
Otro / Dinero recibido de familiares y amigos	$	$	$	$
Gastos - Mensual				
Manutención infantil / pensión alimenticia	$	$	$	$
Bienes				
Nombre (s) del banco				
Saldos de cuentas bancarias	$	$	$	$
IRA / Otras inversiones	$	$	$	$
Otra Cobertura Médica				
¿Esta persona tiene cobertura médica? (Medicare, Medicaid / CHIP, VA, Tricare, Mercado, Empleador, Privado u Otro)	**Nombre de la cobertura:** _____	**Nombre de la cobertura:** _____	**Nombre de la cobertura:** _____	**Nombre de la cobertura:** _____

"Entiendo que cualquier persona que a sabiendas mienta o tergiverse la verdad o haga arreglos para que alguien mienta o tergiverse a sabiendas la verdad al completar esta solicitud está cometiendo un delito que puede ser castigado por la ley federal y / o la ley estatal. Todo en esta solicitud es la verdad como mejor lo sé". Autorizo a JPS Health Network a obtener registros electrónicos con el fin de determinar si cumplo con los requisitos de elegibilidad para el Programa de Conexión JPS. También entiendo que cualquier aprobación será condicional basada en la información revisada en mis registros.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

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

Firma de su hijo dependiente de 19 a 26 años, cuyas vidas en el hogar _____ Fecha: _____

Firma del representante del solicitante: _____Fecha: _____

Nombre de la persona que te ayudó a completar este formulario _____ Fecha: _____

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: dentales, procedimientos cosméticos, servicios de maternidad, tecnología de reproducción asistida y trasplantes. Los accidentes de tráfico no están cubiertas por JPS Connection cuando existe la presencia de otro seguro. JPS Connection sigue siendo el pagador de último recurso para todos los servicios.

- 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 Acclaim, 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 tergiverse 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

<u>Asistencia Financiera</u>: Yo proveo ayuda financiera al solicitante. Sí No

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

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

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

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? _____

<u>Asistencia con vivienda</u>

- ❑ 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 cuánto 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 miente 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: _____

Número telefónico: _____

Fecha en que se firmó: _____

JPS Health Network

Declaración de Trabajo por Cuenta Propia para JPS Connection

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

*** Importante: recibos u otra prueba requerida para deducir los gastos.**

Nombre de la Persona que Tiene Ingresos de Negocio Independiente:

Describa loque hace para ganar dinero:

¿Cuánto tiempo llevas trabajando por cuenta propia?

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 recibieron 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, mendinguiar, esta lista y manicurista

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

"Entiendo que cualquier persona que a sabiendas mienta o tergiverse la verdad o haga arreglos para que alguien mienta o tergiverse a sabiendas la verdad al completar esta solicitud está cometiendo un delito que puede ser castigado según la ley federal, la ley estatal o ambas cosas. La aplicación es la verdad como mejor lo sé". Si en algún momento se descubre información falsa, las sanciones incluirán, entre otras, la pérdida de mis beneficios de membresía y la imposibilidad de volver a solicitar el Programa de Indigent Healthcare de JPS Connection por un período no menor de noventa (90) días.

Firma del Solicitante: Fecha:

Form **4506-C**
(October 2022)

Department of the Treasury - Internal Revenue Service

IVES Request for Transcript of Tax Return

OMB Number
1545-1872

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-C, visit *www.irs.gov* and search IVES.

1a. Current name			**2a**. Spouse's current name *(if joint return and transcripts are requested for both taxpayers)*		
i. First name	**ii**. Middle initial	**iii**. Last name/BMF company name	**i**. Spouse's first name	**ii**. Middle initial	**iii**. Spouse's last name

1b. First taxpayer identification number *(see instructions)*	**2b.** Spouse's taxpayer identification number *(if joint return and transcripts are requested for both taxpayers)*

1c. Previous name shown on the last return filed if different from line 1a			**2c**. Spouse's previous name shown on the last return filed if different from line 2a		
i. First name	**ii**. Middle initial	**iii**. Last name	**i**. First name	**ii**. Middle initial	**iii**. Last name

3. Current address *(including apt., room, or suite no.)*, city, state, and ZIP code *(see instructions)*			
a. Street address *(including apt., room, or suite no.)*	**b**. City	**c**. State	**d**. ZIP code

4. Previous address shown on the last return filed if different from line 3 *(see instructions)*			
a. Street address *(including apt., room, or suite no.)*	**b**. City	**c**. State	**d**. ZIP code

5a. IVES participant name, ID number, SOR mailbox ID, and address			
i. IVES participant name NCS TRV PROCESSING	**ii**. IVES participant ID number	**iii**. SOR mailbox ID	
iv. Street address *(including apt., room, or suite no.)* P.O. BOX 1089	**v**. City HAMMONTON	**vi**. State NJ	**vii**. ZIP code 08037
5b. Customer file number *(if applicable)* *(see instructions)*	**5c**. Unique identifier *(if applicable)* *(see instructions)*		

5d. Client name, telephone number, and address *(this field cannot be blank or not applicable (NA))*			
i. Client name TARRANT COUNTY HOSPITAL DISTRICT			**ii**. Telephone number 817-702-1001
iii. Street address *(including apt., room, or suite no.)* 1500 S MAIN STREET	**iv**. City FORT WORTH	**v**. State TX	**vi**. ZIP code 76104

Caution: This tax transcript is being sent to the third party entered on Line 5a and/or 5d. Ensure that lines 5 through 8 are completed before signing. *(see instructions)*

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 for line 6 transcripts

a. Return Transcript ☐ **b.** Account Transcript ☐ **c.** Record of Account ☐

7. Wage and Income transcript *(W-2, 1098-E, 1099-G, etc.)* ☐

a. Enter a max of three form numbers here; if no entry is made, all forms will be sent.

b. Mark the checkbox for taxpayer(s) requesting the wage and income transcripts. If no box is checked, transcripts will be provided for all listed taxpayers

Line 1a ☐ Line 2a ☐

8. Year or period requested. Enter the ending date of the tax year or period using the mm dd yyyy format *(see instructions)*

/ / / / / / / /

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, if applicable, line 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; however, if both spouses' names and TINs are listed in lines 1a-1b and 2a-2b, both spouses must sign the request. 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-C on behalf of the taxpayer. **Note**: This form must be received by IRS within 120 days of the signature date.

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

Sign Here

Signature for Line 1a *(see instructions)*	Date	Phone number of taxpayer on line 1a or 2a
☐ Form 4506-C was signed by an Authorized Representative	☐ Signatory confirms document was electronically signed	
Print/Type name		
Title *(if line 1a above is a corporation, partnership, estate, or trust)*		
Spouse's signature *(required if listed on Line 2a)*		Date
☐ Form 4506-C was signed by an Authorized Representative	☐ Signatory confirms document was electronically signed	
Print/Type name		

Instructions for Form 4506-C, IVES Request for Transcript of Tax Return

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

Future Developments

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

What's New. Form 4506-C includes the Client company requesting transcripts and increased the number of Wage and Income transcripts requests.

General Instructions

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

Designated Recipient Notification. Section 6103(c) limits disclosure and use of return information received pursuant to the taxpayer's consent and holds the recipient subject to penalties for any unauthorized access, other use, or redisclosure without the taxpayer's express permission or request.

Taxpayer Notification. Section 6103(c) limits disclosure and use of return information provided pursuant to your consent and holds the recipient subject to penalties, brought by private right of action, for any unauthorized access, other use, or redisclosure without your express permission or request.

Purpose of form. Use Form 4506-C to request tax return information through an authorized IVES participant. You will designate an IVES participant to receive the information on line 5a.

Note: If you are unsure of which type of transcript you need, check with the party requesting your tax information.

Where to file. The IVES participant will fax Form 4506-C with the approved IVES cover sheet to their assigned Service Center.

Chart for ordering transcripts

If your assigned Service Center is:	Fax the requests with the approved coversheet to:
Austin Submission Processing Center	Austin IVES Team 844-249-6238
Kansas City Submission Processing Center	Kansas City IVES Team 844-249-8128
Ogden Submission Processing Center	Ogden IVES Team 844-249-8129

Specific Instructions

Line 1a/2a *(if spouse is also requested)*. For IMF Requests: Enter the First, Middle Intial, and Last Name in the indicated fields. If all characters will not fit, please enter up to 12 for First name and 22 for Last name. For BMF Requests: Enter the company name in the Last Name field. If all characters will not fit, please enter up to 22.

Line 1b/2b *(if spouse is also requested)*. Enter the social security number (SSN) or individual taxpayer identification number (ITIN) for the individual listed on line 1a including the dashes in the correct format, or enter the employer identification number (EIN) for the business listed on line 1a including the dashes in the correct format.

Line 1c/2c *(if spouse is also requested)*. Enter your previous name as shown on your last filed tax return if different than line 1a.

Line 3. Enter your current address in the indicated fields. If you use a P.O. Box, include it and the number in the Current Address field.

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, or Form 8822-B, Change of Address or Responsible Party — Business, with Form 4506-C.

Line 5b. Enter up to 10 numeric characters to create a unique customer file number that will appear on the transcript. The customer file number cannot contain an SSN, ITIN or EIN. Completion of this line is not required.

Line 5c. Enter up to 10 alpha-numeric characters to create a unique identifier that will show in the mailbox file information. The unique identifier cannot contain an SSN, ITIN or EIN. Completion of this line is not required.

Note. If you use an SSN, we will not input the information and the customer file number or unique identifier will reflect a generic entry of "9999999999".

Line 5d. Enter the Client company name, address, and phone number in the indicated fields. A Client company receives the requested tax transcripts from the IVES participant. If the IVES participant is also the Client company, the IVES participant information should be entered on Line 5a and 5d. These fields cannot be blank or Not Applicable (NA).

Line 6. Enter only one tax form number (1040, 1065, 1120, etc.) per request for all line 6 transcripts request types.

Line 6a. Return Transcript 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-H, Form 1120-L, and Form 1120-S. Return transcripts are available for the current year and returns processed during the prior 3 processing years.

Line 6b. Account Transcript 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.

Line 6c. Record of Account 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.

Line 7. The IRS can provide a transcript that includes data from these information returns: Form W-2, Form 1099 series, Form 1098 series, or Form 5498 series transcript. Enter up to three information return types. If no specific type is requested, all forms will be provided. 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, Form W-2 information for 2016, filed in 2017, will likely not be available from the IRS until 2018. If you need Form W-2 information for retirement purposes, you should contact the Social Security Administration at 1-800-772-1213.

Line 8. Enter the end date of the tax year or period requested in mm dd yyyy format. This may be a calendar year, fiscal year or quarter. Enter each quarter requested for quarterly returns. Example: Enter 12 31 2018 for a calendar year 2018 Form 1040 transcript.

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 if unchecked.

Signature and date. Form 4506-C must be signed and dated by the taxpayer listed on line 1a and, if listed, 2a. The IRS must receive Form 4506-C within 120 days of the date signed by the taxpayer or it will be rejected. Ensure that all applicable lines, including lines 5a through 8, are completed before signing.

Authorized Representative: A representative can sign Form 4506-C for a taxpayer if the taxpayer has specifically delegated this authority to the representative on Form 2848, line 5a, and Form 2848 is attached to the Form 4506-C request. 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. If Form 4506-C is signed by a representative, the Authorized Representative check box must be marked.

Electronic Signature: Only IVES participants that opt in to the Electronic Signature usage can accept electronic signatures. Contact the IVES participant for approval and guidance for electronic signatures. If the Form 4506-C is signed electronically, the Electronic Signature check box must be marked.

Individuals. Transcripts listed on line 6 may be furnished to either spouse if jointly filed. Signatures are required for all taxpayers listed on Line 1a and 2a.

Corporations. Generally, Form 4506-C 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-C but must provide documentation to support the requester's right to receive the information.

Partnerships. Generally, Form 4506-C can be signed by any person who was a member of the partnership during any part of the tax period requested on line 8.

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.

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.

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-C 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.
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-C 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.