



Proporcionar servicios médicos, dentales y de farmacia

**Programa de
clínica
caritativa**

¿Calificas?

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

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

Documentos de Elegibilidad

Se requiere de todos los pacientes

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

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

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

**Disponibilidad de
Especialistas en
Elegibilidad**

Los Lunes y los Jueves

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

Ubicaciones adicionales

Pueden estar disponibles.
Llame al 910-845-5333 para
verificar.

Por favor deje la solicitudes completas directamente en la clínica, envíelas por correo electrónico o mandelas via fax

**Información
de Contacto**

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

Teléfono: (910) 845-5333

Fax: (910) 845-5366

Email: info@newhopeclinicnc.org

Sitio web: www.newhopeclinicnc.org

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



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

Patient Enrollment Form/Solicitud de Inscripción de Pacientes

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

Patient Enrollment Form/Solicitud de Inscripción de Pacientes

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

Certificate/Certificado

Patient:

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

Paciente:

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

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

NHC/CFHN Staff Signature: _____ Date _____

Interviewed / Policies reviewed by: NHC/CFHN Staff Signature: _____		Date: _____	
Proof of Identity ☐	Proof of Residence ☐	All Proofs of Income ☐	Tax Return/4506-T ☐
# in Household: _____	Gross Monthly Income: \$ _____	FPL: _____ %	
Does this applicant qualify for New Hope Clinic services? Yes ☐ No ☐ If no, reason: _____			
If no, alternatives offered/referred to: _____			
Determination made by: (clerk signature) _____		Date: _____ 1 year ☐ 90-day ☐	
2 nd Review by Initials _____ Date: _____		Elig File scanned ☐ PHI form scanned ☐	

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

[logotipo:] **N:**

Solicitud de asistencia financiera

I. Características demográficas del paciente

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

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

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

Teléfono: _____

¿Ha solicitado Asistencia financiera en algún centro de Novant Health, Inc. (por ej., Novant Health Medical Group, Novant Health Hospital, centros de diagnóstico por imágenes de Novant Health) en el pasado? _____ Si _____ No

Si la ha solicitado, ¿cuál es la fecha de la solicitud o la aprobación? _____

II. Información familiar

Estado civil (<i>Encierre en un círculo una opción</i>)	Casado	Soltero	Separado	Total de miembros en la familia:
---	--------	---------	----------	----------------------------------

Nombres de los dependientes (<i>Adjunte una hoja aparte para los dependientes</i>)	Fecha de nacimiento del dependiente

III. Empleo/Ingresos

Empleador del paciente/garante:
Monto de ingresos brutos mensuales: \$
Fuente de ingresos: <i>adjunte una verificación o explicación de la situación actual</i>
Fuente de ingresos del cónyuge o de otro tipo y monto de ingresos brutos mensuales: \$
Ingresos familiares brutos anuales totales: \$
¿Posee una cuenta bancaria activa? ¿Declaró los impuestos del año anterior?

IV. Verificación del seguro

¿Posee algún seguro médico?	SÍ	NO
Nombre de la compañía de seguro:		
¿Tiene empleo?	SÍ	NO
Para el empleador actual o si quedó desempleado en los últimos 90 días, ex empleador, por favor proporcione: El nombre del empleador (y las fechas de empleo si ya no es empleado):		
El nombre de la compañía aseguradora patrocinada por su empleador (si la hubiera):		
Si quedó desempleado recientemente, ¿es elegible para los beneficios de COBRA?		

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

Firma del paciente/garante	Fecha:
Firma del entrevistador	Fecha:
Firma del gerente	Fecha:
Firma del director	Fecha:
Firma del VP	Fecha:
Comentarios	

¡Bienvenidos a Cape Fear HealthNet!

¡Nuestra meta es facilitar el acceso a cuidar su salud!

Bienvenido a Cape Fear HealthNet (CFHN). Ahora que ya está inscrito en nuestro programa, su primer paso es comunicarse a su médico primario _____ al _____ y programar su primera cita. **Por favor recuerde de llevar su tarjeta de membresía a todas sus citas para médicos especialistas, incluyendo a los servicios proveídos por Novant Health. CFHN no paga facturas médicas y no puede garantizar la disponibilidad de ningún servicio o proveedor.** Los programas y servicios están sujetos a cambios. A continuación, hay recordatorios útiles y sus derechos y responsabilidades.

Programa de Charity Care de Novant Health:

- El programa Charity Care cubre los servicios hospitalarios médicamente necesario probados. Este programa no cubre algunos médicos/proveedores del hospital que le brindan atención durante su visita como **Médicos de urgencias, Radiólogos, Cirujanos, Médicos de rehabilitación, Anestesiólogos, Patólogos, etc.** Recibirá una factura por separado de estos proveedores y es responsable de estas facturas. Si recibe una factura de Novant NHRMC o de uno de sus proveedores, comuníquese con la oficina de Servicios financieros para pacientes en español al (833)-711-3569 y (910)-667-7050 si tiene alguna pregunta. Para Novant Brunswick y sus proveedores, llame al (910) 721-1404.

Referimiento a médicos especialistas:

- Si su médico primario determina que usted necesita ver a un médico especialista; su médico primario tiene que hacerlo a través de nuestro Coordinador de Specialty Care. Cuando el médico especialista reciba su referimiento, ellos lo llamarán y le programarán su cita. Este proceso puede demorar hasta 30 días, por favor sea paciente. Comuníquese con su proveedor de atención primaria si tiene preguntas o inquietudes. Solo comuníquese con el proveedor especialista para reprogramar citas O si el proveedor pidió que llamara. Todos los demás contactos deben ser a través de su proveedor de atención primaria. **Si usted hace una cita con un especialista o fuera de nuestra red y fuera de nuestro proceso de referimiento, usted será responsable de su factura**

Los Miembros de CFHN tienen derecho a:

- Recibir cuidado considerado, respetuoso y compasivo por un profesional médico con licencia, que ofrece sus servicios sin importar de su edad, género, raza, origen nacional, religión, orientación sexual o discapacidad.
- Saber el costo de su cuidado por adelantado, en lo posible. Algunos servicios son donados por voluntarios, pero puede ser requerido a pagar un precio pequeño por servicios o medicamentos o pagar por una escala basado en sus ingresos.
- Esperar que todas las comunicaciones y registros de su cuidado serán tratados confidencialmente excepto si estuviera requerido por la ley. Los registros médicos son confidenciales como establecen las regulaciones de HIPAA. Recopilamos información general para dar a las organizaciones que nos sostienen, por ejemplo: el condado de residencia y los servicios utilizados.
- Recibir la información completa sobre su condición y como puede manejarla, los beneficios y riesgos de completar o no el tratamiento y los resultados de su condición después de manejarla.

- Participar completamente en las decisiones sobre su tratamiento y cuidado o involucrar a familiares o amigos designados por usted a participar en las decisiones sobre su cuidado.

Los miembros de CFHN tiene la responsabilidad de:

- Proveer a CFHN información precisa de elegibilidad y a reportar inmediatamente a CFHN sobre cambios como seguro, trabajo nuevo, aumento de salario o cambio en el número de personas en la casa.
- Ser puntual para todas sus visitas. Si debe faltar a una cita, incluso las citas con el personal de CFHN, debe llamar para reprogramar como sea requerido por la oficina. La falta de notificación a una cita con especialistas resultará en la terminación de los servicios de CFHN. Faltar a proveer esta noticia avanzada para otras citas podría resultar en una suspensión de servicios por CFHN. Por favor, contacte a su especialista con problemas del transporte antes de la cita.
- Entender que su membresía generalmente es válida por un año desde la fecha de inscripción. Sin embargo, algunas veces, damos una admisión por menos tiempo a las personas quienes probablemente van a recibir el Medicaid u otros servicios en un futuro. Esté seguro de contactar a CFHN un mes antes de que su membresía expire para que pueda ser certificado de nuevo. Queremos ayudarle lo más que podamos, sin embargo, si no la renueva a tiempo, su membresía será terminada.
- Sea respetuoso con el personal de CFHN, sus proveedores de atención médica y otras personas cuando esté en cualquier proveedor de la red.

.....

¡Gracias por su compromiso a la buena salud!

Acuerdo / Reconocimiento del Paciente de Haber Recibido Prácticas de Privacidad

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

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

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

____ 2. La buena comunicación entre pacientes y la clínica es esencial para la mejorar salud y mejores resultados. La New Hope Clinic (NHC) se compromete a proporcionar a pacientes el cuidado de la salud de más alta calidad. Esto se puede lograr lo más mejor posible con una comprensión clara sobre las responsabilidades de la clínica a los pacientes, y los derechos y las responsabilidades de un paciente de la Clínica. Confirmando que he recibido El Manual de Paciente de New Hope Clinic, Inc. fechado el 29mar2023 y soy responsable de seguir los lineamientos del manual. Si no sigo estos lineamientos, puedo ser expulsado de la NHC.

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

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

Favor de contactarme de la siguiente manera:

Celular: _____ ¿Es ACEPTABLE dejar información detallada en correo de voz? Si ____ No ____
¿Se pueden realizar llamadas automáticas/recordatorias a su teléfono celular? Si ____ No ____
¿Podemos enviarte un mensaje de texto? Si ____ No ____

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

Nombre de los individuos: _____

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

Contacto de Emergencia: _____ Parentesco: _____ #: _____

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

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

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

Nombre (Letra de Molde)

Parentesco al Paciente

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

_____ Fecha	_____ Hora	_____ Firma del Paciente/Guardián Legal	_____ Nombre (Letra de Molde)
_____ Fecha	_____ Hora	_____ Firma del Lector/Testigo	_____ Nombre (Letra de Molde)

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Autorización para el uso y divulgación de información de salud protegida

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

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

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

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

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

5. **Consentimiento/Certificación:**

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

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

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

_____ Firma del Paciente	_____ Imprimir nombre	_____ Fecha
_____ Persona que firma en nombre de paciente	_____ Imprimir nombre	_____ Fecha
_____ Firma/Nombre del testigo	_____ Imprimir nombre	_____ Fecha

Apellido: _____ Nombre de pila: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

Evaluación de salud

Nosotros creemos que todas las personas deberían tener la oportunidad de estar sanas. Algunas cosas como no tener suficiente alimento, transporte confiable o un lugar seguro dónde vivir, pueden hacer difícil que se encuentre sano. Por favor responda las siguientes preguntas para ayudarnos a entender mejor su situación actual. Quizá no podamos encontrar recursos para todas sus necesidades, pero intentaremos ayudarle en todo lo posible.

	Sí	No
Alimentos		
1. En los últimos 12 meses, ¿tuvo la preocupación de que se le iba a acabar el alimento antes de tener dinero para comprar más?		
2. En los últimos 12 meses, ¿el alimento que compró no le rindió y no tuvo dinero para comprar más?		
Vivienda/Servicios públicos		
3. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido que quedarse a la intemperie, en un auto, tienda de campaña, refugio público o temporalmente en casa de alguien - quedándose en el sofá-?		
4. ¿Le preocupa la posibilidad de perder su casa?		
5. En los últimos 12 meses, ¿no le fue posible tener servicios públicos -calefacción, electricidad- cuando tenía gran necesidad de ellos?		
Transporte		
6. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido llegar a citas médicas o realizar actividades de la vida diaria?		
Seguridad interpersonal		
7. ¿Se siente usted inseguro física o emocionalmente en donde vive actualmente?		
8. En los últimos 12 meses, ¿alguien le ha golpeado, cacheteado, pateado o lastimado físicamente?		
9. En los últimos 12 meses, ¿alguien le ha humillado o ha abusado emocionalmente de usted?		
Opcional: Necesidad inmediata		
10. ¿Son urgentes sus necesidades? Por ejemplo: usted no tiene comida para esta noche, usted no tiene un lugar para dormir esta noche, o si usted tiene miedo de ir a su casa porque puede confrontar problemas.		
11. ¿Le gustaría tener ayuda en cualquiera de las necesidades que usted ha identificado?		

Internal Office Use

Type of Visit (select one): ☐ New Patient ☐ Annual	Athena ID #:	Resources Discussed? ☐ Yes ☐ No ☐ N/A	Staff Initials:	☐ Athena Scan ☐ Electronic Data Entry
--	---------------------	--	------------------------	--

Consejo: Obtenga un servicio más rápido. En línea en www.irs.gov/espanol, **Ordene su transcripción** (Obtenga su registro tributario) o llame al **1-800-908-9946** para obtener ayuda especializada. Tenemos equipos disponibles para ayudar. **Nota:** Los contribuyentes pueden inscribirse para utilizar **Obtener transcripción** para ver, imprimir o descargar los siguientes tipos de transcripciones: **Transcripción de la declaración de impuestos** (muestra la mayoría de las partidas en las líneas, incluido el Ingreso bruto ajustado (AGI, por sus siglas en inglés) de su declaración de impuestos original de la serie del Formulario 1040, tal como se presentó, junto con todos los formularios y anexos); **Transcripción de la cuenta tributaria** (muestra los datos básicos, tales como el tipo de declaración, estado civil para efectos de la declaración, AGI, ingreso imponible y todos los tipos de pago); **Transcripción del registro de cuenta** (combina la declaración de impuestos y la transcripción de la cuenta tributaria en una transcripción completa); **Transcripción de sueldos y salarios** (muestra datos de las declaraciones informativas que recibimos, tales como los Formularios W-2, 1099, 1098 y el Formulario 5498), y la **Carta de verificación de no presentación** (proporciona prueba de que el IRS no tiene registro de una declaración de impuestos de la serie del Formulario 1040 presentada para el año que usted solicita).

1a Nombre mostrado en la declaración de impuestos. Si es una declaración conjunta, escriba el nombre que se muestra primero.	1b Primer número de Seguro Social, número de identificación personal del contribuyente o número de identificación del empleador en la declaración de impuestos (consulte las instrucciones)
2a Si es una declaración conjunta, escriba el nombre del cónyuge que se muestra en la declaración de impuestos.	2b Segundo número de Seguro Social o número de identificación personal del contribuyente, si es una declaración de impuestos conjunta
3 Nombre, dirección (incluido el número de apartamento, habitación u oficina), ciudad, estado y código postal actual (consulte las instrucciones)	
4 Dirección anterior que se muestra en la última declaración presentada, si es diferente de la línea 3 (consulte las instrucciones)	
5 Número de archivo del cliente (si corresponde) (consulte las instrucciones)	

Nota: A partir de julio de 2019, el IRS envía por correo las solicitudes de transcripciones de impuestos solamente a su dirección de registro. Consulte **Qué hay de nuevo** bajo **Acontecimientos Futuros** en la Página 2, para obtener información adicional.

6 Transcripción solicitada. Escriba aquí el número del formulario tributario (1040, 1065, 1120, etcétera) y marque la casilla correspondiente a continuación. Escriba el número de sólo un formulario tributario por solicitud.

a Transcripción de la declaración de impuestos, que incluye la mayoría de las partidas en las líneas de una declaración de impuestos tal como se presentó ante el *IRS*. La transcripción de una declaración de impuestos no muestra los cambios realizados en la cuenta después de que se tramita la declaración. Las transcripciones únicamente están disponibles para las siguientes declaraciones: Formulario de la serie 1040, Formulario 1065, Formulario 1120, Formulario 1120-A, Formulario 1120-H, Formulario 1120-L y Formulario 1120S. Las transcripciones de las declaraciones están disponibles para el año en curso y las declaraciones tramitadas durante los tres años de tramitación anteriores. La mayoría de las solicitudes se tramitarán dentro de 10 días laborables.

b Transcripción de la cuenta, que contiene información sobre el estado financiero de la cuenta, tal como los pagos realizados en la cuenta, la imposición de multas y los ajustes realizados por usted o el *IRS* después de que se presentó la declaración. La información de la declaración se limita a elementos como la obligación tributaria y los pagos de impuestos estimados. Las transcripciones de la cuenta están disponibles para la mayoría de las declaraciones. La mayoría de las solicitudes se tramitarán dentro de 10 días laborables.

c Registro de la cuenta, que proporciona la información más detallada ya que es una combinación de la transcripción de la declaración de impuestos y la transcripción de la cuenta. Están disponibles para el año en curso y los 3 años tributarios anteriores. La mayoría de las solicitudes se tramitarán dentro de 10 días laborables.

7 Verificación de no presentación, que es prueba del *IRS* de que usted **no** presentó una declaración para el año. Las solicitudes para el año en curso sólo están disponibles después del 15 de junio. No existen restricciones de disponibilidad en las solicitudes de años anteriores. La mayoría de las solicitudes se tramitarán dentro de 10 días laborables.

8 Transcripciones del Formulario W-2, Formulario de la serie 1099, Formulario de la serie 1098, o Formulario de la serie 5498. El *IRS* puede proporcionar una transcripción que incluya los datos de estas declaraciones informativas. La información estatal o local no se incluye con la información del Formulario W-2. El *IRS* puede proporcionar esta información de transcripción por hasta 10 años. Por lo general, la información para el año en curso no está disponible hasta el año siguiente a su presentación ante el *IRS*. Por ejemplo, la información sobre el Formulario W-2 de 2016, presentada en 2017, probablemente no estará disponible en el *IRS* hasta 2018. Si usted necesita la información del Formulario W-2 para propósitos de la jubilación, debe comunicarse con la Administración de Seguro Social, al 1-800-772-1213. La mayoría de las solicitudes se tramitarán dentro de 10 días laborables.

Precaución: Si necesita una copia del Formulario W-2 o del Formulario 1099, primero debe comunicarse con el pagador. Para obtener una copia del Formulario W-2 o el Formulario 1099 presentado con su declaración, debe utilizar el Formulario 4506 (sp) y solicitar una copia de su declaración, que incluye todos los anexos.

9	Año o período solicitado. Escriba la fecha de finalización del año o período tributario solicitado, en el formato en español, dd/mm/aaaa. Este puede ser un año natural, trimestre o año tributario. Escriba cada trimestre solicitado para las declaraciones trimestrales. Ejemplo: Escriba 31/12/2018 para una transcripción del Formulario 1040 del año natural 2018".
	/ / / / / / / / / / / /

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

Firma del(de los) contribuyente(s). Declaro que soy el contribuyente cuyo nombre se muestra en la línea 1a o 2a, o una persona autorizada para obtener la información tributaria solicitada. Si esta solicitud se aplica a una declaración conjunta, al menos uno de los cónyuges tiene que firmarla. Si firma un funcionario de la sociedad anónima, un accionista dueño del uno por ciento o más, socio, miembro gerente, tutor, socio de asuntos tributarios, albacea, síndico, administrador, fideicomisario, u otra parte que no sea el contribuyente, certifico que tiene la autoridad para ejecutar el Formulario 4506-T (sp) en nombre del contribuyente. **Nota:** EL IRS tiene que recibir este formulario dentro de 120 días posteriores a la fecha de la firma.

☐ La persona firmante da fe de que ha leído la cláusula de atestación y tras leerla declara que tiene la autoridad para firmar el Formulario 4506-T (sp). Consulte las instrucciones.

Firma (consulte las instrucciones)	Fecha
---	--------------

**Firme
aquí**

Título (si la línea 1a anterior se trata de una sociedad anónima, sociedad colectiva, caudal hereditario o fideicomiso)

Firma del cónyuge	Fecha
-------------------	-------