



Centered in Care
Powered by Pride

JPS Connection -¡Asistencia de salud que funciona para usted!

Bienvenido a JPS Health Network. Esperamos poder brindarle atención médica asequible a usted y su familia. JPS Health Network ofrece asistencia financiera a personas elegibles. Atendemos las necesidades de atención médica de emergencia de todos los pacientes, independientemente de la capacidad de pago. El propósito del programa de JPS Connection es crear una comunidad más saludable brindando servicios de salud con descuento a los residentes del Condado de Tarrant. Los miembros de Connection tienen el beneficio de un hogar médico, lo que significa que tiene un médico o enfermera profesional asignado a usted y su familia. Usted tiene acceso a cuidados preventivos, como exámenes físicos y exámenes que lo ayudarán a mantenerse saludable y fuera de la sala de emergencias.

La determinación de elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera se realiza con base en la revisión de una solicitud completa, los requisitos mínimos son los siguientes: Ser residente de el condado de Tarrant, ciudadano Estadounidense o residente legal permanente, cumplir con los requisitos de ingresos y no ser elegible de ninguna asistencia Federal o Estatal.

El programa de JPS Connection ofrece asistencia para los servicios proporcionados por JPS Health Network. La asistencia también puede estar disponible para visitas previas si califica. A los pacientes y sus familias no se les cobrará más por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que los montos generalmente facturados a los pacientes que tienen seguro.

Las solicitudes están disponibles en los Centros de elegibilidad, en todas las áreas de registro y en la sala de emergencias. Las aplicaciones también se pueden descargar en www.JPSConnection.org. Los servicios / arreglos de traducción están disponibles bajo petición.

Dentro de este paquete encontrará la aplicación y los requisitos de documentación para nuestro programa de Conexión JPS. **Todos los artículos en la aplicación deben ser completados.** Si no corresponde, coloque un 0 o N / A en cada casilla. Lleve la solicitud completa y la documentación requerida según la lista de verificación de documentación incluida en este paquete a cualquiera de los lugares de evaluación financiera en todo el condado de Tarrant entre las 8:00 a.m. y 4:30 p.m. Puede llamar a nuestro Centro de Elegibilidad al (817) 702-1001 si necesita ayuda. Nuestro personal estará encantado de responder cualquier pregunta que pueda tener. Las solicitudes también pueden aceptarse por correo postal dirigidas al Centro de Elegibilidad 1325 S. Main St. Fort Worth, TX 76104, por fax al 817-702-3834 o por correo electrónico Enroll@JPSHealth.org.

Gracias por elegir JPS y esperamos brindar atención médica de calidad para usted y su familia.

Saludos,

Kade Rutherford
Director Ejecutivo, Ciclo de Ingresos

Ubicaciones de Inscripción y Elegibilidad

817-702-1001

JPS Eligibility Center – Fort Worth
(Ubicación con la mayor cantidad de personal)

1325 S. Main Street
Fort Worth, Texas 76104
8am – 5pm

* La asistencia el sábado está disponible solo con cita previa

JPS Eligibility Center – Arlington 501 W. Main St Arlington, TX 76010 Lunes - Viernes 8 – 5pm	JPS Health Center – South Campus 2500 Circle Drive Fort Worth, TX 76119 Lunes - Viernes 8 – 4:30pm
JPS Health Center – Stop Six/Walter B. Barbour 3301 Stalcup Rd Fort Worth, TX 76119 Lunes - Viernes 8-4:30om	JPS Health Center – Viola M. Pitts/COMO 4701 Bryant Irvin Rd North Fort Worth, TX 76107 Lunes - Viernes 8-4:30pm
JPS Health Center – Diamond Hill 3308 Deen Rd Fort Worth, TX 76106 Lunes - Viernes 8am-4:30pm	JPS Health Center – Gertrude Tarpley/Watauga 6601 Watauga Rd # 124 Watauga, TX 76148 Lunes - Viernes 8am-4:30pm
JPS Health Center – Northwest/Iona Reed 401 Stribling Dr. Azle, TX 76022 *Solo los Miércoles 8-4:30pm	JPS Health Center – Northeast 3200 W. Eules Blvd Eules, TX 76040 Lunes - Viernes 8am-4:30pm
JPS Center for Cancer Care 601 W. Terrell Ave Fort Worth, TX 76104 Lunes - Viernes 8am-4:30pm	JPS Central Assessment Center 1617 Hemphill St Fort Worth, TX 76104 * Llame para una cita
JPS Family Health Center 1500 S. Main 4th Floor Fort Worth, TX 76104 * Llame para una cita	True Worth 1513 E. Presidio Fort Worth, TX 76102 Lunes - Viernes 8am-4:30pm

JPS Health Network
Documentos Requeridos para
Programa de Cuidado de Salud para Indigentes de JPS Connection

** Proporcione todos los elementos aplicables de las siguientes categorías**

Por favor observe después de recibir mi documentación, se me puede requerir información adicional.

Prueba de Identificación del Paciente – (Debe proporcionar una de las siguientes oficinas de contacto para otras opciones.)

- Licencia de conductor o identificación del DPS
- Identificación dada por el gobierno
- Acta de nacimiento (niños menores de 19)
- Tarjeta de escaneo sin hogar
- Tarjeta de identificación de trabajo actual (con foto)
- Tarjeta de identificación escolar actual (con foto)
- Pasaporte

Documentos de Inmigración - para los miembros de la familia si aplica:

- Tarjetas de extranjero residente, Certificado de Naturalización, Partidas de Nacimiento, Tarjeta I-94, Visas de Inmigrante con el endoso I-551, o Pasaportes
- Alien Number for verification

Estados de Cuenta Bancarios, Inversiones y

Declaraciones de Impuestos (Todas las páginas requeridas)

- Estado de cuentas más recientes de su cuenta de cheque o ahorro
- IRS Form 4506C para personal y negocios si trabaja por cuenta propia
- Declaración reciente de CD's, de IRA y de otras inversiones

Prueba de Empleo e Ingresos – (Debe proveer fuentes aplicables de ingresos)

- Talones de cheque de nómina
- Forma de Verificación de Empleo
- Carta actual de beneficios/copias de cheques: SSI, RSDI, VA, TANF, Seguro Social
- Compensación del trabajador
- Declaración de su patrón de sus ingresos
- Carta de Subsidio de Desempleo, talones de cheques de pago o el balance de la tarjeta de débito de Chase.
- Ordenes de la corte o el balance de su cuenta de cheques o tarjeta de crédito para la Manutención de los Hijos o Pensión Alimenticia.

Fuentes de la verificación de la ayuda - Provea todos los que apliquen

- Carta de beneficios de estampillas para alimentos declarando la máxima asignación recibida
- Declaración del albergue para personas sin hogar donde el paciente reside, verificando desempleo
- Forma de asistencia completada por la persona que brinda asistencia**

Número de Seguro Social - Provea para todos los miembros del hogar

Prueba de Residencia del Paciente - Debe proveer un mínimo de dos

- Recibos de servicios públicos, factura de teléfono y cable visión
- Contrato actual de renta, recibo de renta, recibo de pago hipotecario
- Documentos de Seguro de Auto, Vida, Casa / Documentos de Alquiler
- Correspondencia de Ciudad, Condado, Estado o Agencias Federales
- Documentos de Plan de Jubilación, Correspondencia de Abogado
- Registros Del Departamento de Vehículos Motorizados
- Declaración del albergue para personas sin hogar

Prueba del Seguro - Provea para todos los miembros del hogar

- Copia de la tarjeta medico de seguro (frente y reverso)
- Llame a la oficina para asistencia con Marketplace o exención (817-702-1001)

Pruebas de que Trabaja por su Cuenta (Sin impuestos tomados de sus ingresos)

- 3 hojas de trabajo de autoempleo (1 por mes)
- IRS Form 4506C para personal y negocios si trabaja por cuenta propia

Fuentes Aceptables para Verificar Deducciones de Autoempleo

- Ingresos

Fuentes aceptables para verificar las deducciones

- Si desea reclamar deducciones por pensión alimenticia o manutención de menores pagada:
- Mandato judicial
- Declaración de la oficina del Procurador General
- Deducciones enumeradas en los talones de cheques más recientes

“Tenga en cuenta que cualquier persona que a sabiendas mienta o tergiversa la verdad o haga arreglos para que alguien mienta o tergiversa la verdad al completar el proceso de solicitud está cometiendo un delito, que puede castigarse de acuerdo con la ley federal, la ley estatal o ambas. 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.

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 Aplicand o?
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 tergiversa la verdad intencionalmente al llenar esta solicitud está cometiendo un crimen que puede ser castigado por las leyes federales, estatales o por ambas. Hasta donde yo sé, toda la información en esta solicitud es verdadera."

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del Co-Solicitante: _____ Fecha: _____

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

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

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

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

Vive en _____
Domicilio del solicitante Ciudad / Código Postal

Asistencia Financiera: Yo proveo ayuda financiera al solicitante. 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? _____

Asistencia con vivienda

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

¿Por 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:

Describe lo que 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, mendiguar, esta lista y manicurista

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

"Entiendo que cualquier persona que a sabiendas mienta o tergiversa la verdad o haga arreglos para que alguien mienta o tergiversa 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 periodo no menor de noventa (90) días.

Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____

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

1a. Name shown on tax return (if a joint return, enter the name shown first)	1b. First social security number on tax return, individual taxpayer identification number, or employer identification number (see instructions)
2a. If a joint return, enter spouse's name shown on tax return	2b. Second social security number or individual taxpayer identification number if joint tax return

3. Current name, address (including apt., room, or suite no.), city, state, and ZIP code (see instructions)

4. Previous address shown on the last return filed if different from line 3 (see instructions)

5a. IVES participant name, address, and SOR mailbox ID

5b. Customer file number (if applicable) (see instructions)

Caution: This tax transcript is being sent to the third party entered on Line 5a. 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 _____

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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>

7. **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 2016, filed in 2017, will likely not be available from the IRS until 2018. If you need W-2 information for retirement purposes, you should contact the Social Security Administration at 1-800-772-1213

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.

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

Sign Here	Signature (see instructions)	Date	Phone number of taxpayer on line 1a or 2a
	Print/Type name		
	Title (if line 1a above is a corporation, partnership, estate, or trust)		
	Spouse's signature	Date	
	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 was created to be utilized by authorized IVES participants to order tax transcripts with the consent of the taxpayer.

General Instructions

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

Designated Recipient Notification. Internal Revenue Code, 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. Internal Revenue Code, 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
Fresno Submission Processing Center	Fresno IVES Team 844-249-6239
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 1b. Enter the social security number (SSN) or individual taxpayer identification number (ITIN) for the individual listed on line 1a, or enter the employer identification number (EIN) for the business listed on line 1a.

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, 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.

Note. If you use an SSN, name or combination of both, we will not input the information and the customer file number will reflect a generic entry of "9999999999" on the transcript.

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.

Signature and date. Form 4506-C must be signed and dated by the taxpayer listed on line 1a or 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.



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.

Individuals. Transcripts listed on on line 6 may be furnished to either spouse if jointly filed. Only one signature is required. Sign Form 4506-C exactly as your name appeared on the original return. If you changed your name, also sign your current name.

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.

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-C 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 sign Form 4506-C.

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.