



Estimado paciente de Hamilton Medical Center:      Fecha: \_\_\_\_\_

Gracias por su consulta reciente sobre el Programa de asistencia financiera de Hamilton Medical Center (HMC).

Se considera la asistencia financiera para aquellos pacientes que residen en nuestras áreas principales de servicio en los condados de Whitfield, Gordon, Catoosa, y Murray. Requerimos pruebas del tamaño del hogar y de todos los ingresos del hogar. El hogar se define como usted, su cónyuge, cualquier hijo biológico o adoptado menor de 18 años de edad que viva con el paciente y cualquier otro dependiente legal que aparezca en la declaración de impuestos más reciente.

Envíe su declaración de impuestos más reciente, junto a una identificación de cada persona en su hogar. Si no presentó una declaración de impuestos, revise todos los documentos adjuntos y proporcione toda la información relacionada con su hogar. Para calificar para asistencia financiera, tiene que enviar la solicitud junto a los documentos de respaldo en un plazo de 15 días. De lo contrario, seguirá siendo responsable de la factura. **Tardará 30 días tramitar su solicitud a partir de la fecha en que la recibamos.**

Si tiene alguna pregunta sobre estas instrucciones, llame al Representante de cuentas de pacientes al 706-272-6136 o 706-272-6018. El horario de nuestra oficina es de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Las citas están disponibles de 8:30 AM a 4:30 PM.

### **Información de contacto**

Envíe su solicitud completa y firmada; junto con

documentación de apoyo. Cualquier solicitud recibida con documentos faltantes puede ser denegada por estar incompleta.

Correo:

Fax:

Hamilton Medical Center

or

706-281-5613

P.O. Box 1168

or

706-281-5614

Dalton, Georgia 30722

Atención: Representante de  
cuentas de pacientes

Atención: Representante de  
cuentas de pacientes

Gracias por elegir a Hamilton Medical Center para todas sus necesidades de atención médica.

Atentamente,

Representante de cuentas de pacientes

HAMILTON MEDICAL CENTER  
DALTON, GEORGIA  
**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Nombre: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_  
Dirección: Calle \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
Tamaño de la familia \_\_\_\_\_

---

Tipo de servicio: \_\_\_\_\_  
Fecha(s) de servicio: \_\_\_\_\_  
Prueba de identidad: ☐ Licencia de conducir ☐ Otro

Declaración del paciente

---

---

(Tiene que proporcionar toda la información solicitada. De lo contrario, se le devolverá la solicitud por estar incompleta).

---

**CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE**

Certifico que la información anterior es verdadera y exacta según mi leal saber y entender. Además, voy a solicitar cualquier tipo de asistencia (Medicaid, Medicare, seguro, etc.) que pueda estar disponible para pagar los cargos del hospital y tomaré las medidas razonablemente necesarias para obtener dicha asistencia y cederé o pagaré al hospital la cantidad recuperada por los cargos del hospital.

Entiendo que hago esta solicitud para que el hospital pueda evaluar si califico para servicios no compensados con base en los criterios establecidos en los archivos del hospital. Si cualquier información que he proporcionado resulta ser falsa, entiendo que el hospital puede reevaluar mi estatus financiero y tomar cualquier medida que sea necesaria.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del solicitante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Representante de cuentas de pacientes \_\_\_\_\_

Aprobada \_\_\_\_\_

Denegada \_\_\_\_\_

## Documentos para la solicitud de asistencia financiera

### \* Paso 1 – Debe proporcionar.

<b>Prueba de identificación aceptable:</b> <b>* Por favor, envíe un tipo de identificación para cada miembro del hogar.</b>	
Certificado de nacimiento	Tarjeta de Autorización de Empleo
Identificación con foto emitida por el gobierno	Licencia de conducir estatal
Pasaporte actual	Certificado de Ciudadanía
Certificado de Naturalización	Identificación de la escuela

### \* Paso 2 Debe proporcionar.

<b>Documentación de ingresos requerida:</b> <b>* Debe incluirse con cada solicitud firmada.</b>	
Declaración de impuestos más reciente para cada persona que trabaja, incluidos los menores de edad, o cualquier persona que lo reclamó como dependiente	Si corresponde, los pagos de manutención de los hijos / TANF recibidos, o la documentación que demuestre que la manutención de los hijos no se requiere en circunstancias especiales. Consulte el formulario "Autocertación de manutención de menores" adjunto.
Debe completar el formulario adjunto de autocertación de tamaño de hogar y residencia	

### \* Paso 3 - SOLO si no puede proporcionar el paso 2, envíe toda la información a continuación que pertenezca a su hogar.

Debe completar el formulario de no presentación 4506-T del IRS adjunto y enviarlo al IRS. Después de recibir la documentación del IRS, envíela con su solicitud completa. Puede visitar su sitio web en <a href="http://www.irs.gov">www.irs.gov</a> o llamar al 800-829-1040 / 800-908-9946 para obtener una copia de su declaración o carta de no presentación.	
Asistencia Pública	Seguridad social
Compensación por desempleo	Ingresos por alquiler
Retribución alimenticia	Militar
Asignaciones familiares	Pensiones
Beneficios para veteranos	Ingresos Corporativos
Dividendos / Intereses	Cupones de alimentos
Debe completar el formulario adjunto de declaración de contribución	Debe completar el Formulario de Verificación de Ingresos adjunto
Aviso de separación del empleador (si ya no está empleado)	Ingresos brutos de trabajo por cuenta propia por un preparador de impuestos certificado o documentación oficial

### Pacientes fallecidos: Solo se requieren estos dos documentos.

Certificado de defunción	Debe completar la Carta de Auto-Atestación patrimonial adjunta o proporcionar prueba de que no hay patrimonio
--------------------------	---

### Formulario de autocertificación de tamaño del hogar y residencia

Nombre de solicitante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección física actual:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Escriba el nombre completo de todas las personas que viven en su hogar al momento de presentar esta solicitud.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO

Certifico que vivo en el condado de \_\_\_\_\_ y que toda la información anterior es verdadera y exacta.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Formulario de autocertificación de manutención infantil

Nombre del niño	Cantidad	Frecuencia (semanal, mensual, etc.)	Año en que se pagó

Se completará para la verificación de ingresos de la manutención de los hijos recibida. Si no hay manutención de los hijos, ingrese cero para la cantidad recibida. Por favor firme y envíe el formulario incluso si no se recibe manutención de los hijos.

Por favor, proporcione cualquier documentación aplicable que respalde la manutención de los hijos. Esto puede incluir: órdenes judiciales, carta de recuperación de manutención de los hijos o cualquier documento legal.

Al firmar este documento, usted certifica que la información es verdadera y exacta.

Firma de la persona responsable del pago de manutención infantil: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la persona que recibe la manutención infantil:

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Solicitud de Transcripción de la Declaración de Impuestos****No firme este formulario a menos que haya completado todas las líneas aplicables.****La solicitud puede ser rechazada si el formulario está incompleto o ilegible.****Para obtener más información sobre el Formulario 4506-T (sp), visite [www.irs.gov/form4506tsp](http://www.irs.gov/form4506tsp).**

**Consejo: Obtenga un servicio más rápido:** En línea en [www.irs.gov/espanol](http://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 tributable 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).

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

<b>6</b> <b>Transcripción solicitada.</b> 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.	
<b>a</b> <b>Transcripción de la declaración de impuestos</b> , 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.	<input type="checkbox"/>
<b>b</b> <b>Transcripción de la cuenta</b> , 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.	<input type="checkbox"/>
<b>c</b> <b>Registro de la cuenta</b> , 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.	<input type="checkbox"/>
<b>7</b> <b>Verificación de no presentación</b> , que es prueba del IRS de que usted <b>no</b> 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.	<input type="checkbox"/>
<b>8</b> <b>Transcripciones del Formulario W-2, Formulario de la serie 1099, Formulario de la serie 1098, o Formulario de la serie 5498.</b> 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.	<input type="checkbox"/>

**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.

<b>9</b> <b>Año o período solicitado.</b> 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.

<input type="checkbox"/> <b>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).</b> Consulte las instrucciones.	Número de teléfono del contribuyente en la línea 1a o 2a
---	--

<b>Firma</b> (consulte las instrucciones)	<b>Fecha</b>
---	--------------

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

<b>Firma del cónyuge</b>	<b>Fecha</b>
--------------------------	--------------

Las secciones a las cuales se hace referencia corresponden al Código de Impuestos Internos, a menos que se indique lo contrario.

## Acontecimientos Futuros

Para obtener la información más reciente acerca del Formulario 4506-T (sp) y sus instrucciones, visite [www.irs.gov/form4506tsp](http://www.irs.gov/form4506tsp). La información sobre cualquier acontecimiento reciente que afecte el Formulario 4506-T (sp) (tal como la legislación promulgada después de que el formulario se publicó) estará disponible en esa página.

La dirección de presentación del Formulario 4506-T (sp) ha cambiado. **Por favor, consulte la tabla para las transcripciones de individuos o la tabla para todas las demás transcripciones** a continuación, para conocer la dirección de envío correcta.

**Qué hay de nuevo.** Como parte de sus esfuerzos continuos para proteger los datos del contribuyente, el Servicio de Impuestos Internos anunció que desde julio de 2019, dejó de enviar por correo todas las copias de las transcripciones solicitadas a terceros. Después de esa fecha, las Transcripciones de Impuestos con partes ocultas sólo se envían por correo a la dirección de registro del contribuyente.

Si un tercero no puede aceptar una transcripción de impuestos enviada por correo al contribuyente, puede contratar a un participante existente del programa de Servicio rápido de verificación de ingresos (IVES, por sus siglas en inglés) o convertirse en un participante del IVES. Para obtener información adicional acerca del programa del IVES, visite [www.irs.gov/espanol](http://www.irs.gov/espanol) y busque por la palabra IVES.

## Instrucciones Generales

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

**Propósito del formulario.** Utilice el Formulario 4506-T (sp) para solicitar información sobre la declaración de impuestos. Los contribuyentes que utilizan un año tributario que comienza en un año natural y termina en el año siguiente (año fiscal) tienen que presentar el Formulario 4506-T (sp) para solicitar una transcripción de la declaración de impuestos.

**Nota:** Si no tiene seguridad sobre qué tipo de transcripción necesita, solicite el Registro de la cuenta, ya que proporciona la información más detallada.

**Número de archivo del cliente.** Las transcripciones proporcionadas por el IRS han sido modificadas para proteger la privacidad de los contribuyentes. Las transcripciones únicamente muestran información personal parcial, tal como los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del contribuyente. La información financiera y tributaria completa, como los salarios y los ingresos tributables, se muestran en la transcripción.

Un campo opcional de número de archivo del cliente está disponible para utilizar al solicitar una transcripción. Este número se imprimirá en la transcripción. Consulte las instrucciones para la Línea 5 para conocer los requisitos específicos. El número de archivo del cliente es un campo opcional y no obligatorio.

**Consejo.** Utilice el Formulario 4506 (sp), Solicitud de Copia de la Declaración de Impuestos, para solicitar copias de las declaraciones de impuestos.

**Solicitud automatizada de transcripción.** Puede solicitar rápidamente las transcripciones utilizando nuestras herramientas de servicio de autoayuda automatizado. Por favor, visítenos en [IRS.gov/espanol](http://IRS.gov/espanol) y pulse en "Ordene su transcripción" o llame al 1-800-908-9946.

**Dónde presentar.** Envíe el Formulario 4506-T (sp) por fax o por correo a la dirección a continuación que corresponde al estado en el que usted residía, o el estado en el que se ubicaba su negocio, cuando se presentó la declaración de impuestos. Existen dos tablas de direcciones: una para las transcripciones de las declaraciones individuales (Formulario de la serie 1040 y el Formulario W-2) y otra para todas las demás transcripciones.

Si solicita más de una transcripción u otro producto y la tabla a continuación muestra dos direcciones diferentes, envíe su solicitud a la dirección que corresponde a la dirección de su declaración de impuestos más reciente.

**Línea 1b.** Escriba su número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) si su solicitud se relaciona con una declaración de impuestos de un negocio. De lo contrario, escriba el primer número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) o el número de identificación personal del contribuyente (ITIN, por sus siglas en inglés) que se muestra en la declaración. Por ejemplo, si solicita el Formulario 1040 que incluye el Anexo C (Formulario 1040), escriba su SSN.

**Línea 3.** Escriba su dirección actual. Si utiliza un apartado postal, inclúyalo en esta línea.

**Línea 4.** Escriba la dirección mostrada en la última declaración de impuestos que presentó, si es diferente de la dirección anotada en la línea 3.

**Nota.** Si las direcciones en las líneas 3 y 4 son diferentes y usted no ha cambiado su dirección ante el IRS, presente el Formulario 8822, *Change of Address* (Cambio de dirección), en inglés. Para el cambio de la dirección de un negocio, presente el Formulario 8822-B, *Change of Address or Responsible Party -- Business* (Cambio de dirección o de parte responsable -- negocio), en inglés.

**Línea 5.** Escriba hasta 10 caracteres numéricos para crear un número único de archivo del cliente, que se mostrará en la transcripción. El número de archivo del cliente **no debe** contener un SSN. No se requiere completar esta línea.

**Nota.** Si utiliza un SSN, un nombre o una combinación de ambos, no incluiremos la información y el número de archivo del cliente reflejará una entrada genérica de "999999999" en la transcripción.

**Línea 6.** Escriba el número de sólo un formulario tributario por solicitud.

**Firma y fecha.** El Formulario 4506-T (sp) tiene que ser firmado y fechado por el contribuyente que se muestra en la línea 1a o 2a. El IRS tiene que recibir el Formulario 4506-T (sp) dentro de 120 días a partir de la fecha de la firma del contribuyente o se rechazará. Asegúrese de que todas las líneas aplicables sean completadas antes de firmar.



Tiene que marcar la casilla en el área de la firma para confirmar que usted tiene la autorización para firmar y solicitar la información. El formulario no se tramitará y le será devuelto si la casilla no está marcada.

**Personas físicas.** Las transcripciones de las declaraciones de impuestos presentadas conjuntamente se pueden proporcionar a cualquiera de los cónyuges. Solo se requiere una firma. Firme el Formulario 4506-T (sp) exactamente como se muestra su nombre en la declaración original. Si cambió su nombre, firme también su nombre actual.

**Sociedades anónimas.** En general, el Formulario 4506-T (sp) puede ser firmado por: (1) un funcionario que tenga la autoridad legal para tomar acciones vinculantes a la sociedad anónima; (2) cualquier persona designada por la junta directiva u otro cuerpo gobernante; o (3) cualquier funcionario o empleado, en la solicitud por escrito de cualquier funcionario principal y certificada por el secretario u otro funcionario. Un accionista *bona fide* registrado que posea el uno por ciento o más de las acciones en circulación de la sociedad anónima puede presentar un Formulario 4506-T (sp), pero debe proporcionar documentación para apoyar el derecho del solicitante a recibir la información.

**Sociedades colectivas.** En general, el Formulario 4506-T (sp) puede ser firmado por cualquier persona que haya sido miembro de la sociedad colectiva durante cualquier parte del período tributario solicitado en la línea 9.

**Todos los demás.** Consulte la sección 6103(e) si el contribuyente ha fallecido, está insolvente, es una sociedad anónima disuelta, o si un fideicomisario, tutor, albacea, síndico o administrador actúa en nombre del contribuyente.

**Nota:** Si usted es el heredero legal, familiar más cercano o beneficiario, debe poder establecer un interés material en el caudal hereditario o fideicomiso.

**Documentación.** Para las entidades que no sean personas físicas, tiene que adjuntar el documento de autorización. Por ejemplo, este podría ser la carta del funcionario principal que autoriza a un empleado de la sociedad anónima, o las cartas testamentarias que autorizan a una persona para actuar por un caudal hereditario.

**Firma de un representante.** Un representante puede firmar el Formulario 4506-T (sp) por un contribuyente, únicamente si el contribuyente ha delegado específicamente esta autoridad al representante en la línea 5 del Formulario 2848 (sp). El representante tiene que adjuntar el Formulario 2848 (sp) que muestra la delegación al Formulario 4506-T (sp).

**Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites.** Solicitamos la información de este formulario para establecer su derecho de tener acceso a la información tributaria solicitada, conforme al Código de Impuestos Internos. Necesitamos esta información para identificar correctamente la información tributaria y responder a su solicitud. No se le requiere solicitar ninguna transcripción; si solicita una transcripción, las secciones 6103 y 6109 y sus reglamentos requieren que usted proporcione esta información, incluido su SSN o EIN. Si usted no proporciona esta información, es posible que no podamos tramitar su solicitud. El proporcionar información falsa o fraudulenta puede estar sujeto a multas.

Los usos rutinarios de esta información incluyen el divulgarla al Departamento de Justicia para litigios civiles y penales, y a las ciudades, estados, el Distrito de Columbia y los territorios o estados libres asociados de los EE. UU. para su uso en la administración de sus leyes tributarias. Además, podemos también divulgar esta información a otros países conforme a un tratado tributario, a las agencias federales y estatales para ejecutar las leyes penales federales no tributarias, o a las agencias que ejecutan el cumplimiento de la ley federal y agencias de inteligencia para combatir el terrorismo.

Usted no está obligado a proporcionar la información solicitada en un formulario que está sujeto a la Ley de Reducción de Trámites, a menos que el formulario muestre un número de control válido de la *Office of Management and Budget* (Oficina de Administración y Presupuesto u OMB, por sus siglas en inglés). Los libros o registros relativos a un formulario o sus instrucciones tienen que conservarse siempre y cuando su contenido pueda convertirse en material en la administración de toda ley de impuestos internos. Por lo general, las declaraciones de impuestos y la información pertinente son confidenciales, como lo requiere la sección 6103.

El tiempo que se necesita para completar y presentar el Formulario 4506-T (sp) variará, dependiendo de las circunstancias individuales. El tiempo promedio estimado es: **Aprender acerca de la ley o del formulario**, 10 min.; **Preparar el formulario**, 12 min.; y **Copiar, unir y enviar el formulario al IRS**, 20 min.

Si desea hacer comentarios acerca de la exactitud de estos estimados de tiempo o sugerencias para que el Formulario 4506-T (sp) sea más sencillo, nos gustaría escucharlos. Puede escribir a:

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

No envíe el formulario a esta dirección. En su lugar, consulte *Dónde presentar*, en esta página.

## Tabla para las transcripciones individuales (Formularios de la serie 1040, el Formulario W-2 y el Formulario 1099)

**Si presentó una declaración individual y vivió en:** **Envíe el formulario por correo o fax a:**

Alabama, Arkansas, Carolina del Norte, Carolina del Sur, Florida, Georgia, Luisiana, Misisipi, Oklahoma, Tennessee, Texas, un país extranjero, Samoa Estadounidense, Puerto Rico, Guam, Mancomunidad de las Islas Marianas del Norte, Islas Virgenes Estadounidenses, o la dirección de APO o de FPO	Internal Revenue Service RAIVS Team Stop 6716 AUSC Austin, TX 73301  855-587-9604
--	--

Delaware, Illinois, Indiana, Iowa, Kentucky, Maine, Massachusetts, Minnesota, Misuri, Nuevo Hampshire, Nueva Jersey, Nueva York, Vermont, Virginia, Wisconsin	Internal Revenue Service RAIVS Team Stop 6705 S-2 Kansas City, MO 64999  855-821-0094
---	--

Alaska, Arizona, California, Colorado, Connecticut, Distrito de Columbia, Hawái, Idaho, Kansas, Maryland, Michigan, Montana, Nebraska, Nevada, Nuevo México, Dakota del Norte, Dakota del Sur, Ohio, Oregon, Pensilvania, Rhode Island, Utah, Washington, Virginia Occidental, Wyoming	Internal Revenue Service RAIVS Team P.O. Box 9941 Mail Stop 6734 Ogden, UT 84409  855-298-1145
--	--

## Tabla para todas las demás transcripciones

**Si vivió o su negocio estaba en:** **Envíe el formulario por correo o fax a:**

Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Dakota del Norte, Dakota del Sur, Florida, Hawái, Idaho, Iowa, Kansas, Luisiana, Minnesota, Misisipi, Misuri, Montana, Nebraska, Nevada, Nuevo México, Oklahoma, Oregon, Texas, Utah, Washington, Wyoming, un país extranjero, Samoa Estadounidense, Puerto Rico, Guam, Mancomunidad de las Islas Marianas del Norte, Islas Virgenes Estadounidenses, o la dirección de APO o de FPO	Internal Revenue Service RAIVS Team P.O. Box 9941 Mail Stop 6734 Ogden, UT 84409  855-298-1145
--	--

Carolina del Norte, Carolina del Sur, Connecticut, Delaware, Distrito de Columbia, Georgia, Illinois, Indiana, Kentucky, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Nuevo Hampshire, Nueva Jersey, Nueva York, Ohio, Pensilvania, Rhode Island, Tennessee, Vermont, Virginia, Virginia Occidental, Wisconsin	Internal Revenue Service RAIVS Team Stop 6705 S-2 Kansas City, MO 64999  855-821-0094
---	--



## Formulario de verificación de ingresos

Oficina Administrativa Central de Hamilton  
Representante de cuentas de pacientes  
Teléfono: 706-272-6018 o 706-272-6136  
Fax: 706-217-2047

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

A quien pueda interesar: Proporcione una lista del salario bruto recibido por el empleado mencionado anteriormente durante las últimas 13 semanas. Por favor devuelva este documento con la solicitud completa.

	Cantidad	Fecha de pago
Semana 1	_____	_____
Semana 2	_____	_____
Semana 3	_____	_____
Semana 4	_____	_____
Semana 5	_____	_____
Semana 6	_____	_____
Semana 7	_____	_____
Semana 8	_____	_____
Semana 9	_____	_____
Semana 10	_____	_____
Semana 11	_____	_____
Semana 12	_____	_____
Semana 13	_____	_____

Empleador Firma: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a que se divulgue la información anterior al departamento de cobro de Hamilton Medical Center.



## FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE CONTRIBUCIÓN FINANCIERA

### Hamilton Medical Center (HMC)

Fecha: \_\_\_\_\_ ID de garante: \_\_\_\_\_

A quien pueda interesar:

HMC está tramitando una solicitud de asistencia financiera para \_\_\_\_\_, quien expresó que recibe ayuda financiera de usted. Para poder determinar si cumple con los requisitos de asistencia, responda a las preguntas a continuación y envíe esta carta en un plazo de 15 días a partir de la fecha en que la recibió.

Gracias, \_\_\_\_\_ Representante de cuentas del pacientes  
Teléfono: \_\_\_\_\_

1. ¿Es usted el padre o la madre de la persona mencionada anteriormente? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No
2. ¿Le proporciona dinero a la persona mencionada anteriormente? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No Si responde "No", salte a la pregunta 6 a continuación.
3. ¿Le proporciona dinero a la persona mencionada anteriormente, a los dependientes de esa persona o a otra persona? Escriba los nombres \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Si le da dinero, ¿qué cantidad paga? \_\_\_\_\_
  - a. ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
  - b. ¿Cuánto dinero le dio la semana pasada? \_\_\_\_\_
  - c. ¿Cuánto dinero le dio el mes pasado? \_\_\_\_\_
  - d. ¿Cuánto dinero le dio el año pasado? \_\_\_\_\_
5. ¿Es el dinero que le dio un préstamo? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No
6. Si dejó de darle dinero a la persona mencionada anteriormente, ¿cuándo dejó de hacerlo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. ¿Le paga dinero al tribunal para la persona mencionada anteriormente o para sus dependientes? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No Si responde "Sí", escriba el nombre de los dependientes de la persona \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. ¿Vive en su hogar la persona mencionada anteriormente o cualquiera de los dependientes de esa persona? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No Si responde "Sí", salte a la pregunta 11 a continuación.
9. ¿Ayuda a pagar el alquiler o la hipoteca de la persona mencionada anteriormente? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No
  - a. Si responde "sí", ¿a quién le da el dinero? \_\_\_\_\_
  - b. Si responde "sí", ¿qué cantidad paga? \_\_\_\_\_

10. ¿Paga o ayuda a pagar las facturas que se señalan a continuación de la persona mencionada anteriormente?

	Sí	No	¿Qué cantidad paga?	¿A quién le da el dinero?
a. Electricidad	_____	_____	_____	_____
b. Gas	_____	_____	_____	_____
c. Agua	_____	_____	_____	_____
d. Teléfono	_____	_____	_____	_____
e. Otra	_____	_____	_____	_____

11. Señale cualquier cobertura de hospital, de accidente o de vida que usted tenga a favor de la persona mencionada anteriormente o de los dependientes de esa persona.

- a. Nombre de la compañía \_\_\_\_\_
- b. Número de grupo o póliza \_\_\_\_\_
- c. Tipo de cobertura \_\_\_\_\_
- d. Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Nombre impreso del contribuidor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del contribuidor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



### **Carta de autocertificación de sucesión**

Al llenar esta carta, certifico que \_\_\_\_\_  
(Nombre del paciente)

no tiene una sucesión y que no hay fondos para pagar las facturas médicas.

Firma del pariente: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## FINANCIAL ASSISTANCE NOTIFICATIONS:

**1. Same day appointments are not always available.**

1. Las citas para el mismo día no siempre están disponibles.

**2. Please make any necessary copies before dropping off applications.**

2. Haga las copias necesarias antes de entregar las aplicaciones.

**3. Please allow 30 days to process your application. You will receive notification in the mail regarding approval.**

3. Espere 30 días para procesar su solicitud. Recibirá una notificación por correo con respecto a la aprobación.

**4. You will continue to receive statements while your app is being processed.**

4. Continuará recibiendo factura mientras se procesa su aplicación.

**5. If you are approved for financial assistance and have future dates of service; please mail a copy of your letter along with your statement to our billing address. Also, you may write a brief note on your statement notifying us of your approval.**

5. Si usted es aprobado para recibir asistencia financiera y tiene fechas de servicio en el futuro; envíe una copia de su carta junto con su estado de cuenta a nuestra dirección de facturación. O bien, puede escribir una breve nota en su estado de cuenta notificándonos su aprobación.

**6. Please schedule appointments with the Patient Accounts Liaison prior to your visit.**

6. Programe citas con el Representante de cuentas de pacientes antes de su visita.

*Thank you for choosing Hamilton Medical Center for your healthcare needs.*