

Programa de Asistencia de Prescripción Médica

8 Prospect Street PO Box 2014
Nashua, NH 03061-2014

El Programa de Prescripción Médica asiste a los pacientes de bajos recursos económicos, que no tienen seguro médico que cubra la prescripción de algunas medicinas de marca original a largo plazo y a través de ciertas compañías farmacéuticas; **Y EL MEDICO QUE PRESCRIBE LAS MEDICINAS esté afiliado al Southern New Hampshire Medical Center, St. Joseph Hospital. Si el médico que prescribe sus medicamentos pertenece a Harbor Clinic, Dartmouth-Hitchcock Clinic, Greater Nashua Mental Health o Lamprey Clinic, por favor contacte cualquiera de esas agencias para que le asistan.**

El material incluye:

1. Forma de aplicación
2. HIPAA/ formulario de autorización para divulgar información médica
3. Formulario 4506T (Formulario de “No Declaración de Impuestos”)

La siguiente es una lista de verificación de los requisitos solicitados por la Asistencia de Prescripción Médica:

Solicitud:

- Solicitud completa del paciente.
Las solicitudes con preguntas sin responder serán devueltas.
- Firme el formulario de autorización para divulgar información médica

Información de Ingresos por Impuestos

- Copia de su más reciente declaración de impuestos federales y todos los anexos.
Si usted no declaró impuestos, firme y coloque la fecha en el formulario 4506T.
- Formularios W2 del año pasado (si estuvo empleado el año pasado).

Ingreso MENSUAL de todos los miembros del hogar. Posibles pruebas incluye:

- Copia de los recibos de su sueldo más recientes o constancia de trabajo.
- Carta de beneficios de desempleo o incapacidad.
- Carta de beneficios MENSUALES del Seguro Social (lo cual incluye SS, SSDI, o SSI)
Carta de beneficios de pensión.
- Pensión alimenticia y/o manutención del menor

Si usted no tiene ingresos, tiene que demostrar que ha aplicado por asistencia pública o que está recibiendo soporte financiero de algún miembro de la familia.

- Incluya una copia de las notificaciones de aprobación o negación de asistencia pública
- Carta de soporte financiero de algún miembro familiar.

*** No Envíe estados de cuenta bancarios.**

Su solicitud no está completa hasta que recibamos toda esta información. Usted debe recibir notificación por parte de las compañías farmacéuticas en aproximadamente seis semanas después de recibir su solicitud. Si alguna información hace falta para completar su solicitud, le enviaremos por correo una lista de requisitos adicionales.

Sinceramente

Coordinador del Programa de Asistencia de Prescripción Médica

Programa de Asistencia de Prescripción Médica Solicitud del Paciente

El médico que prescribe su(s) medicinas debe estar afiliado al Southern New Hampshire Medical Center, St. Joseph Hospital. Si el médico que prescribe sus medicamentos pertenece a Harbor Clinic, Dartmouth-Hitchcock Clinic, Greater Nashua Mental Health or Lamprey Clinic, por favor contacte cualquiera de esas agencias para que le asistan.

Nombre: _____ Teléfono #: _____ Seguro Social #: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Femenino Masculino Ciudadano Americano: SI NO

Ingreso familiar **MENSUAL**: \$ _____ Fuente de ingreso: _____

Numero de personas en su hogar: _____ Casado Soltero Divorciado Viudo

Presentó Impuesto Federal: Sí No Veterano: Sí No

Seguro de Prescripción Médica: Sí No Compañía: _____

Ha estado incapacitado por más de 2 años: Sí No

Medicare: Sí No Si respondió Sí por favor adjunte una copia de su tarjeta de Medicare

Medicaid: Sí No Deducible: Sí No Monto del Deducible: _____

Yo certifico que esta información está correcta y que **no tengo** seguro de prescripción médica y no tengo los recursos suficientes para pagar mis medicamentos por prescripción médica.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Alergias a Medicamentos: _____

Nombre del Médico: _____ Hospital: SNHHS SJH

Información de sus Prescripciones Médicas

MEDICAMENTOS	DOSIS	MÉDICO QUE PRESCRIBE



Programa de Asistencia de Prescripción Médica Autorización para la divulgación de mi información de salud confidencial/ Consentimiento de Firma

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Por este medio autorizo al programa de asistencia de prescripción médica a usar, divulgar o compartir mi información de salud privada (historial médico o financiero) con el fin de ayudarme a recibir asistencia con mis gastos de prescripciones medicas a través de las compañías farmacéuticas.

- Yo autorizo al Programa de Asistencia de Prescripción Médica a suministrar/intercambiar información personal, información financiera/documentación, información del plan de seguro médico e información médica a las compañías farmacéuticas, para recibir medicamentos bajo el Programa de Asistencia de Prescripción Médica que estas tengan disponibles.
- Yo autorizo al Programa de Asistencia de Prescripción Médica a actuar como mi representante, incluyendo firmar solicitudes y correspondencia en mí nombre, para mi beneficio directo de recibir asistencia con prescripción médica.
- Yo autorizo al Programa de Asistencia de Prescripción Médica a tratar cualquier asunto relacionado con mi aplicación y/o caso a las siguientes personas:
_____, _____,

La información abajo será suministrada/recibida por cualquier persona o entidad a quienes el Programa de Asistencia de Prescripción Médica pudiera aplicar en nombre de y para el beneficio directo de recibir medicamentos como parte del programa. **Esto incluye: Información personal, información médica, información financiera, información del seguro médico, diagnósticos médicos y alergias a medicamentos.**

Yo entiendo que:

- Puedo examinar o copiar la información protegida de salud descrita en esta autorización.
- Esta autorización puede ser revocada por escrito y entregada al Programa de Asistencia de Prescripción Médica. Haciendo esto, entiendo que ya no seré elegible para participar en el programa, excepto que SNHMC haya iniciado o finalizado cualquier acción previa a la revocación de esta autorización.
- Toda información usada o divulgada de conformidad a esta autorización puede ser sujeta a nueva divulgación por el destinatario; si es así, pudiera no estar sujeta a ninguna ley federal o estatal que proteja su confidencialidad.
- Autorizando a esta divulgación de mis registros médicos, también libero al Programa de Asistencia de Prescripción Médica de toda responsabilidad y obligación legal que pudieran presentarse por la divulgación de dichos registros médicos.

FECHA _____
Firma del paciente o representante

VENCIMIENTO: Esta autorización se vencerá al final de mi participación en el programa de asistencia de prescripción médica. Autoridad del representante (padres del menor, tutor, etc.)

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

► La solicitud no se tramitará si el formulario está incompleto o ilegible.
► Para obtener más información sobre el Formulario 4506T-EZ (sp), visite www.irs.gov/form4506tezsp.

Consejo: Obtenga un servicio más rápido: En línea en www.irs.gov/espanol, **Obtenga su registro tributario** (Obtener una transcripción en línea (en inglés) o llame al **1-800-908-9946** para obtener ayuda especializada. Disponemos de equipos para ayudar. **Nota:** Los contribuyentes pueden inscribirse para utilizar **Obtener una transcripción en línea (en inglés)** 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).

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

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 Año(s) solicitado(s). Escriba el (los) año(s) de la transcripción de la declaración que solicita (por ejemplo, "2008"). La mayoría de las solicitudes se tramitarán dentro de 10 días laborables.

Nota: Si el IRS no puede localizar una declaración que concuerde con la información de identidad del contribuyente proporcionada en la parte superior, o si los registros del IRS indican que la declaración no se ha presentado, el IRS le notificará a usted que no se pudo localizar una declaración de impuestos o que una declaración no fue presentada, lo que corresponda.

Precaución. No firme este formulario a menos que todas las líneas aplicables hayan sido completadas.

Firma(s) del (de los) contribuyente(s). Yo declaro que soy el contribuyente cuyo nombre se muestra en la línea 1a o 2a. Si la solicitud corresponde a una declaración conjunta, **cualquiera** de los cónyuges puede firmar. **Nota:** El IRS tiene que recibir este formulario dentro de 120 días a partir de la fecha de la firma.

El(la) suscrito(a) certifica que ha leído la cláusula de atestación y tras leerla declara que tiene la autoridad para firmar el Formulario 4506T-EZ (sp). Consulte las instrucciones

Número de teléfono del contribuyente que aparece en la línea **1a** o **2a**

Firme Aquí

► Firma (consulte las instrucciones)

Fecha

► Firma del cónyuge

Fecha

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 de los acontecimientos relacionados con el Formulario 4506T-EZ (sp), como la legislación promulgada después de que el formulario se imprimió, visite www.irs.gov/form4506tezsp.

Qué hay de nuevo. Como parte de sus esfuerzos continuos para proteger los datos del contribuyente, el Servicio de Impuestos Internos anunció que en julio de 2019, dejó de enviar por correo las copias de las transcripciones solicitadas a los terceros. Después de esta 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 IVES, visite IRS.gov/espanol y busque por la palabra IVES.

Instrucciones Generales

Precaución. No firme este formulario a menos que todas las líneas aplicables hayan sido completadas.

Propósito del formulario. Las personas pueden utilizar el Formulario 4506T-EZ (sp) para solicitar una transcripción de la declaración de impuestos para el año actual y los tres años anteriores, que incluye la mayoría de las líneas de la declaración de impuestos original. La transcripción de la declaración de impuestos no mostrará los pagos, multas impuestas ni ajustes realizados a la declaración presentada originalmente. El Formulario 4506T-EZ (sp) no puede ser utilizado por los contribuyentes que presentan un Formulario 1040 basado en un año tributario que comienza en un año calendario y termina en el año siguiente (año fiscal). Los contribuyentes que utilizan un año fiscal tienen que presentar el Formulario 4506-T (sp), Solicitud de Transcripción de la Declaración de Impuestos, para solicitar una transcripción de la declaración de impuestos.

Utilice el Formulario 4506-T (sp), para solicitar transcripciones de la declaración de impuestos, información de cuentas tributarias, información de W-2, información de 1099, verificación de no presentación de la declaración y registros de cuenta.

Número de Archivo del Cliente. Las transcripciones proporcionadas por el IRS han sido modificadas para proteger la privacidad de los contribuyentes. Las transcripciones solo 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. Vea las instrucciones de la Línea 5 para conocer los requisitos específicos. El número de archivo del cliente es un campo opcional y no es obligatorio.

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

Dónde presentar. Envíe el Formulario 4506T-EZ (sp) por fax o por correo a la dirección a continuación que corresponde al estado en el que usted residió cuando se presentó la declaración de impuestos.

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.

Si presentó una declaración individual y vivió en:

Envíe el formulario por correo o por fax a:

Alabama, Arkansas, Carolina del Norte, Carolina del Sur, Florida, Georgia, Luisiana, Misisipi, Oklahoma, Tennessee

*Internal Revenue Service
RAIVS Team
Stop 6716 AUSC
Austin, TX 73301*

Texas, un país extranjero, Samoa

855-587-9604

Estadounidense, Puerto Rico, Guam, Mancomunidad de las Islas Marianas del Norte, Islas Vírgenes Estadounidenses, o la dirección de APO o de FPO

Delaware, Illinois, Indiana, Iowa, Kentucky, Maine, Massachusetts, Minnesota, Misuri, Nuevo Hampshire, Nueva Jersey, Nueva York, Vermont, Virginia, Wisconsin

*Internal Revenue Service
RAIVS Team
6705 S-2
Kansas City, MO 64999*

855-821-0094

Alaska, Arizona, California, Colorado, Connecticut, Dakota del Norte, Dakota del Sur, Distrito de Columbia, Hawái, Idaho, Kansas, Maryland, Michigan, Montana, Nebraska, Nevada, Nuevo México, Ohio, Oregón, 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

Instrucciones Específicas

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 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.

Línea 5. Escriba hasta 10 caracteres numéricos para crear un número de archivo del cliente único, 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, nombre o una combinación de ambos, no ingresaremos la información y el número de archivo del cliente reflejará una entrada genérica de "9999999999" en la transcripción.

Firma y fecha. El Formulario 4506T-EZ (sp) tiene que ser firmado y fechado por el contribuyente indicado en la línea 1a o 2a. El IRS tiene que recibir el Formulario 4506T-EZ (sp) dentro de 120 días a partir de la fecha de la firma del contribuyente o será rechazado. 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.

Las transcripciones de declaraciones de impuestos presentadas conjuntamente pueden proporcionarse a cualquiera de los cónyuges. Sólo se requiere una firma. Firme el Formulario 4506T-EZ (sp) exactamente como su nombre aparece en la declaración original. Si usted ha cambiado su nombre, también firme su nombre actual.

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. Si usted solicita una

transcripción, las secciones 6103 y 6109 requieren que usted proporcione esta información, incluyendo su número de Seguro Social. Si usted no proporciona esta información, no podremos 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 4506T-EZ (sp) variará, dependiendo de las circunstancias individuales. El tiempo promedio estimado es: **Aprender acerca de la ley o del formulario**, 9 min.; **Preparar el formulario**, 18 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 4506T-EZ (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.
