UNIVERSITY OF WYOMING

Family Medicine Residency Program at Cheyenne
820 East 17th Street • Cheyenne, WY 82001
(307) 632-2434 • fax (307) 634-9295

Formulario de confirmación del paciente de la escala de tarifas deslizantes de UWFM (SFS)

Gracias por elegir la Clínica de Medicina Familiar de la Universidad de Wyoming como su proveedor de atención médica. Su clara comprensión de nuestra política financiera es importante para nuestra relación profesional. Por favor, entienda que el pago de los servicios es parte de esa relación. Para ayudarle a entender esa responsabilidad financiera, le pedimos que lea y firme este formulario. Por favor, siéntase libre de preguntar si tiene alguna pregunta.

Responsabilidades del Paciente:

- Al recibir la solicitud de UWFM SFS, se reunirá con el personal de la clínica para discutir nuestro programa de asistencia financiera.
- Tiene siete (7) días hábiles para llenar y devolver su solicitud SFS a UWFM con la documentación financiera requerida.
- En no traer o el rechazo deno seguir adelante con la aplicación de UWFM SFS completa y firmada dará lugar a ningún descuento y el pago en su totalidad será requerido en el momento en que se proporcionan los servicios.
- Si me aprueban un descuento SFS, se requiere mi copago en el momento del servicio.
- Los arreglos de pago pueden hacerse por adelantado.
- El incumplimiento de su acuerdo de pago acordado con nuestro personal de la clínica podría resultar en el envío de su cuenta para colecciones.
- UWFM hará todo lo posible para trabajar con usted y su situación financiera. La Manejadora de Casos puede proporcionarle asistencia adicional.
- Los descuentos de SFS no son todos incluidos. Es posible que se le cobre por servicios.
- UWFM acepta efectivo, cheques personales del estado y pagos con tarjeta de crédito VISA y MasterCard.

El laboratorio es propiedad y está operado por CRMC. Es importante que solicite el Programa de Asistencia Financiera de CRMC. Si no lo hace, puede causar retrasos en las pruebas ordenadas por su médico.

- **TENGA EN CUENTA:** Hay un cargo de servicio de $25.00 por cheques devueltos.

He leído, entiendo y acepto cumplir con las Políticas de UWFM SFS.

_____	_____	_____
UWFM Nombre impreso del paciente	Firma	Fecha

<< Para ser completado por el personal de UWFM solamente >>

Paciente firmado/rechazado para firmar el acuse de recibo de la póliza.

_____ _____

UWFM Empleado de la oficina de negocios - Firma e iniciales

Form Effective: October 28, 2020

UNIVERSITY OF WYOMING

Family Medicine Residency Program at Cheyenne
820 East 17th Street • Cheyenne, WY 82001
(307) 632-2434

Aplicación de Escala de Tarifas Deslizantes

La Universidad de Wyoming proporciona atención al paciente independientemente de su capacidad para pagar o el estado de la cobertura del seguro. Usted puede ser elegible para recibir atención a un costo reducido a través de nuestro programa Escala de Tarifas Deslizantes, para el cual la elegibilidad se basa en los ingresos y el tamaño de la familia.

Documentación Requerida:

IDENTIFICACIÓN FOTOGRÁFICA

Algunos ejemplos son la licencia de conducir, el pasaporte, la identificación del estudiante, etc.

VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Para determinar dónde cae en la escala de tarifas deslizantes, primero debemos determinar el tamaño de la familia y los ingresos del hogar. Entre las formas aceptables de documentar el tamaño de la familia y los ingresos del hogar pueden incluir lo siguiente::

- **Declaración de impuestos más reciente**
- Si no puede proporcionar una copia de su declaración de impuestos, complete y adjunte el formulario del IRS 4506-T
- Tres meses de talonarios de pago actuales
- Una copia de su carta de premio de subsidio de seguro social actual, carta de beneficios de desempleo, declaración de compensación del trabajador, impresión del pago de manutención de niños o una carta de su empleador,
- Una copia de la carta denegada del desempleo,
- Una copia de la declaración de compensación de su trabajador,
- Una copia de la impresión de su premio de manutención infantil,
- Una carta de su empleador,
- Una copia de la carta de desempleo denegada,
- Una carta del refugio Comea verificando su estancia reciente en el refugio,
- Una carta del programa promesa familiar que indica que usted no tiene hogar y que esta en su cuidado,
- Formulario de Declaración de Ingreso Auto-Declarado llenado y firmado por la persona que proporciona asistencia a usted y / o su familia.

Proporcione también el nombre y la fecha de nacimiento de cada persona que vive en su hogar, e indique su relación con usted.

Por favor, devuelva su solicitud completa junto con los documentos requeridos a la oficina en persona, por correo a La Universidad de Wyoming Family Medicine, 820 East 17th Street, Cheyenne, WY 82001, o por fax al (307) 634-3510. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con este proceso de solicitud, puede comunicarse con la oficina al (307) 632-2434, extensión 204.

Información Del Solicitante

Fecha Dada:	Acct#
Fecha de Recivido:	Level / Family
	Valid / to

Apellido Legal	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo M / F	Numero de Seguro Social	
Domicilio Físico	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono de Casa	Teléfono Celular
Domicilio de Correspondencia	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono de Trabajo	Teléfono de Mensajes
Correo Electrónico	Estado Civil	Raza (Circulo Uno) Blanco, Asiático, No Disponible, Afroamericano, Prefiero No Contestar, Indio Americano/Nativo de Alaska, Nativo Hawaiano/Nativo de las Islas Pacificas, Otro raza/Multe Racial	Etnicidad (Circulo Uno) No-Hispano, Hispano/Latino, Negro Étnico, Prefiero no Contestar, No Disponible	Información del Hogar (Circulo Uno) Dueño, Refugio, Renta, HUD/CHA, Libre de Renta, No tiene hogar	
Estatus de Empleo (Circulo Uno) Empleado Autónomo, Empleado, Desempleado, Retirado, Deshabilitado, Estudiante	¿Es usted Veterano? Si / No; ¿Es usted ciudadano de los EEUU? Si / No				
Nombre del Empleador			Numero telefónico del empleador		
Dirección del Empleador				Fecha en que fue contratado	

Miembros del hogar:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social	Sexo	Relación
Nombre	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social	Sexo	Relación
Nombre	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social	Sexo	Relación
Nombre	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social	Sexo	Relación
Nombre	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social	Sexo	Relación
Nombre	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social	Sexo	Relación

Mi firma indica que toda la información que he proporcionado es verdadera y correcta.

Firma de el Responsable: _____ **Fecha:** _____

Declaración de Ingresos Autodeclarados

A. Paciente:

a. Por favor, ingresa a sí mismo y a las personas en su hogar (Usted mismo, cónyuge y dependientes)

_____

_____

_____

b. ¿Alguna vez ha presentado una declaración de impuestos del IRS? _____ En caso afirmativo, ¿cuándo fue la última vez que iso los impuestos? _____

***** ¡DETÉNGASE AQUÍ! EL RESTO DE ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR LA PERSONA QUE LE AYUDA FINANCIERAMENTE O EMPLEADOR *****

B. Refugio / Apoyo Nutricional:

a. Pago o amueblo refugio para la(s) persona(s) que aparece(s) en la parte superior de esta página (Parte A):
Si _____ No _____
   i. En caso afirmativo, indique la dirección del refugio o vivienda:
   _____
      1. ¿Cuánto aportas al mes? _____
   ii. Si NO, ¿quién paga o proporciona refugio? _____

b. Proporciono comida para la(s) persona(s) que aparece(s) en la parte superior de la página:
Si _____ No _____
   i. Si NO, ¿cómo se compran los alimentos? SNAP _____ Bancos de alimentos _____
   Otro _____
   ii. En caso afirmativo, ¿aproximadamente cuánto contribuye para la alimentación al mes?
   $_____

c. ¿La persona mencionada anteriormente como el paciente paga el alquiler o los servicios públicos?
Si_____ No _____
   i. En caso afirmativo, ¿cuánto paga la(s) persona(s) por alquiler? $_____ Utilidades $_____

C. Desempleados:

A su conocimiento, ¿alguna de las personas enumeradas en la Parte A esta empleado?
Si _____No _____
   i. En caso afirmativo, ¿quién está empleado y dónde?
      1. Nombre: _____
      2. Lugar de empleo: _____

D. Verificación del Empleo:

a. Yo emple a la(s) siguiente(s) persona(s) enumerada(s) en la Parte A:_____
b. El salario mensual del trabajador es $_____

Declaro bajo pena de perjurio.que todas las declaraciones en este formulario son fieles a lo mejor de mi conocimiento.

_____ _____
Firma de la persona que completa este formulario — Firma del Paciente o Tutor Legal

_____ _____
Nombre de impresión — Fecha — Nombre impreso del paciente

_____ _____
Dirección — Número de teléfono — Relación con el paciente

UNIVERSITY OF WYOMING
Family Medicine Residency Program at Cheyenne
820 East 17th Street • Cheyenne, WY 82001
Phone (307) 632-2434 • Fax (307) 634-3510

Resumen de la Comunidad Conectada

Con el fin de servirle mejor, Cheyenne Regional participó en la Colaboración del Condado de Laramie del Objetivo Conectador. El Objetivo Conectador vinculó varias agencias para servir mejor a los clientes, reducir los esfuerzos de duplicación y disminuir las brechas en el acceso a los servicios más necesarios. Aunque la base de datos de el Objetivo Conectador ya no está activa, los navegadores financieros pueden seguir compartiendo su información con los socios de la comunidad a petición suya para ayudarle con su solicitud y el proceso de elegibilidad en toda la comunidad para otros programas de asistencia.

Propósito y Beneficios Para Su Cuidado
Queremos atender mejor sus necesidades a través de servicios de coordinación. Compartir su información individual puede reducir la necesidad de una referencia o conectarlo con programas públicos y grupos de servicios comunitarios que pueden ayudarlo. Participar también puede reducir el papeleo repetido.

Usted Elige Participar
Le pedimos que firme este formulario que permite a Los Navegadores Financieros Regionales de Cheyenne compartir su paquete de solicitud de asistencia financiera con socios de la comunidad con los que Los Regionales de Cheyenne colabora. Es su elección firmar. Ningún proveedor puede negarse a tratarlo si no firma. Si no firma el formulario, Financial Navigators no compartirá su información. Puede cancelar su autorización en cualquier momento. Los Navegadores Financieros Regionales de Cheyenne no reciben ningún reembolso, incentivo, tarifas de referencia o cualquier otro tipo de beneficios monetarios, de recompensa, tangibles o intangibles por dicha referencia.

Información de Seguridad y Privacidad
Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su información. Los Navegadores Financieros compartirá información por fax a petición suya. Los navegadores financieros cumplen con la práctica de privacidad de HIPAA. Recibirá el aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA, que le proporciona información adicional sobre las respectivas políticas de confidencialidad del proveedor.

Los Socios Colaboradores Actuales son:

- Cheyenne Regional
- HealthWorks
- Peak Wellness Center, Inc.
- Needs, Inc.
- Refugio COMEA
- Acción Comunitaria del Condado de Laramie – Cuidado de la salud para personas sin hogar
- Acción Comunitaria del Condado de Laramie – Servicios de Apoyo kinship
- Práctica Familiar de la Universidad de Wyoming

***La asistencia financiera se basa en la política de asistencia financiera de cada organización. Una aprobación para la asistencia financiera con una organización no garantiza una aprobación o un nivel específico de asistencia en todos los lugares.*

UNIVERSITY OF WYOMING
Family Medicine Residency Program at Cheyenne
820 East 17th Street • Cheyenne, WY 82001
Phone (307) 632-2434 • Fax (307) 634-3510

Formulario de Consentimiento de la Comunidad Conectada

- Entiendo que al firmar este formulario, doy permiso para que un Navegador Financiero Regional de Cheyenne comparta mi información de identificación individual con socios de la comunidad con los que colaboran.
- Entiendo que mi información individual podría incluir participar en un programa de agencia, información demográfica para incluir nombre, fecha de nacimiento, sexo, raza, número de seguro social, dirección, número de teléfono, miembros del hogar, información financiera, estado laboral, información residencial, historial de salud y tratamiento e/o información personal o familiar.
- He revisado la lista de socios colaboradores actuales, y sé que otros se pueden agregar más adelante. Una lista de socios está disponible para mí a petición mía.
- He recibido una copia de este formulario.
- Entiendo que este formulario será efectivo a menos que lo cancele. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento proporcionando una solicitud por escrito.
- Entiendo que si firmo en nombre de otra persona, estoy certificando que tengo autoridad bajo la ley de Wyoming para tomar decisiones de atención médica y servicios sociales para esa persona.
- Entiendo que estoy permitiendo que un Navegador Financiero comparta mi información identificable individual con solo los socios colaboradores listados que vayan para los servicios.
- Entiendo que esta es mi decisión para firmar y que ningún proveedor puede negarse a tratarme si no firmo.

He leído y entiendo la información anterior.

_____	_____
Su Nombre (Imprimir)	Relación con el Paciente
_____	_____
Su Firma (o Representante)	Fecha
_____	_____
Navegador Financiero	Fecha

Form **4506T-EZ(SP)**

(June 2019)

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Formulario Abreviado de Solicitud de Transcripción de la Declaración de Impuestos Individual

▶ **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*.**

OMB No. 1545-2154

Consejo. Utilice el Formulario 4506T-EZ(SP) para ordenar sin costo alguno una transcripción de la declaración de impuestos de la serie de Formularios 1040, o puede solicitar rápidamente las transcripciones utilizando nuestras herramientas del servicio de autoayuda automatizado. Por favor, visítenos en www.irs.gov/espanol y pulse en "Ordene una Transcripción..." o llame al 1-800-908-9946.

1a Nombre mostrado en la declaración de impuestos. Si es una declaración conjunta, escriba el nombre que se muestra primero.	**1b El primer número de Seguro Social o número de identificación del contribuyente individual que se muestra en la declaración de impuestos**
2a Si es una declaración conjunta, escriba el nombre del cónyuge mostrado en esa declaración de impuestos.	**2b El segundo número de Seguro Social o número de identificación del contribuyente individual, si es una declaración de impuestos conjunta**

3 Nombre, dirección (incluyendo número de apartamento, habitación u oficina), ciudad, estado y código postal actual (consulte las instrucciones)

4 Dirección anterior mostrada 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 enviará las solicitudes de transcripciones de impuestos sólo 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 concuerda con la información de identidad del contribuyente proporcionada en la parte superior, o si los registros del IRS indican que la declaración no ha sido presentada, el IRS le notificará a usted o al tercero 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

Firme Aquí	▶ **Firma** (consulte las instrucciones)	Fecha	Número de teléfono del contribuyente que aparece en la línea **1a** o **2a**
	▶ **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, dejará de enviar por correo las copias de las transcripciones solicitadas a todos los terceros. Después de esta fecha, las Transcripciones de Impuestos con partes ocultas, sólo se enviarán 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 IVES, o convertirse en un participante del IVES. Para obtener información adicional acerca del IVES, visite *www.irs.gov* y busque por 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 tributario fiscal). Los contribuyentes que utilizan un año tributario fiscal tienen que presentar el Formulario 4506-T, *Request for Transcript of Tax Return* (Solicitud de transcripción de la declaración de impuestos), en inglés, para solicitar una transcripción de la declaración.

Utilice el Formulario 4506-T, en inglés, 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 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/español* y pulse en "Ordene una 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 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, Kentucky, Luisiana, Mississippi, Tennessee, Texas, un país extranjero, Samoa Estadounidense, Puerto Rico, Guam, el Commonwealth de las Islas Marianas del Norte, las Islas Vírgenes Estadounidenses, o la dirección de APO o de FPO	Internal Revenue Service RAIVS Team Stop 6716 AUSC Austin, TX 73301 855-587-9604
Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Michigan, Minnesota, Montana, Nebraska, Nevada, New México, Dakota del Norte, Oklahoma, Oregon, Dakota del Sur, Utah, Washington, Wisconsin, Wyoming	Internal Revenue Service RAIVS Team Stop 37106 Fresno, CA 93888 855-800-8105
Connecticut, Delaware, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Hampshire, New Jersey, New York, Carolina del Norte, Ohio, Pennsylvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Vermont, Virginia, West Virginia	Internal Revenue Service RAIVS Team Stop 6705 S-2 Kansas City, MO 64999 855-821-0094

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. Ingrese 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 número de 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 estará en blanco 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 reconocer que tiene la autoridad 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.