

Nombre del contribuyente que opta por recibir comunicaciones escritas por medios de comunicación alternativos		Número de Seguro Social	
Escriba su Dirección Únicamente si Presenta este Formulario por Sí Solo y No con su Declaración de Impuestos ►	Dirección actual (número y calle). Si tiene un apartado postal, vea las instrucciones.		Número de apartamento
	Ciudad o pueblo, estado o provincia, país y código postal (ZIP). Si es una dirección extranjera, también complete los espacios siguientes.		
	Nombre del país extranjero	Provincia/estado/condado extranjero	Código postal extranjero

- 1** Yo opto por recibir comunicación escrita del *IRS* en el siguiente formato accesible. Marque sólo un recuadro. Los formularios con más de un recuadro marcado no serán tramitados.
- ☐ 00 Imprenta estándar (cancela la elección previa)
 - ☐ 01 Letra de imprenta grande
 - ☐ 02 Braille
 - ☐ 03 Audio (*MP3*)
 - ☐ 04 Archivo de texto sin formato (*TXT*)
 - ☐ 05 Archivo listo para braille (*BRF*)
- Nota:** También recibirá una copia en imprenta estándar.

Firme Aquí Únicamente si Presenta este Formulario por Sí Solo y No con su Declaración de Impuestos ►	Su firma	Fecha