***Utilice este formulario para el uso de la tarjeta Duke ClinCard***

**Instrucciones para completar el formulario de revelación de datos personales de la Junta de Revisión Institucional (IRB)**

Registro de IRB #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fuente de Financiamiento #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La compensación por la participación en estudios de investigación es considerada ingreso gravable para el participante de la investigación y a la Universidad de Duke se le exige en muchos casos que reporte esta información al Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS).

**Personas que no son empleados**

La compensación por participar en estudios de investigación para personas que no son empleados de la Universidad de Duke que exceda los $600 durante cualquier año calendario resultará en la emisión del formulario 1099 (Ingreso Misceláneo) para el empleado y el envío de una copia al IRS.

**Para menores o participantes de la investigación de cualquier edad**: Si el participante de la investigación no está trabajando o reportando sus propios impuestos, el formulario de revelación de datos personales del IRB debe tener la firma del padre/tutor legal y el número de seguro social del padre/tutor legal.

**Empleados**

La compensación por participar en estudios de investigación otorgada a un empleado de la Universidad de Duke durante el año calendario resultará en la emisión del formulario 1099 (Ingreso Misceláneo) para el empleado y el envío de una copia al IRS independientemente del monto pagado.

“He aceptado ser participante en un estudio de investigación liderado por **[colocar el nombre del investigador principal]** con el número de registro del IRB arriba señalado. Entiendo que mi participación en el estudio me da derecho a recibir la compensación que se describe en el formulario de consentimiento de la investigación. Se me explicó que la Universidad de Duke requiere que antes de que se me otorgue tal compensación debo reportar mi nombre, mi dirección postal y mi número de seguro social como se indica abajo, para el reporte de Servicios Financieros de la Universidad de Duke. Entiendo que si no doy esta información no seré compensado. También comprendo que, si decido no dar la información solicitada y renuncio a mi derecho de compensación, aún puedo participar en el estudio de investigación.”

*Firma del participante/Tutor legal Fecha de la firma*

 ❒ Conferencia telefónica ❒ Visita en persona

*Nombre del participante en letra de imprenta*

*Dirección postal del participante (por favor en letra de imprenta)*

**Declaración del Personal de Investigación de la Universidad de Duke:**

El individuo mencionado arriba es elegible para ser compensado por su participación en un estudio de investigación en la Universidad de Duke. Al firmar este documento, verifico que la persona mencionada arriba está participando, o ha participado, en el estudio de investigación citado anteriormente y tiene derecho a esta compensación.

*Firma del Personal de Investigación Fecha de la Firma*

*Nombre Impreso del Personal de Investigación Especifique Tipo de Pago (Duke ClinCard)*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Enumere Detalle y Monto $ y/o Reembolso #ID del Participante*

***Por favor tenga en cuenta; se requiere que la información que a continuación se enumera, se complete en la primera visita del participante al estudio.***

***Número de Seguro Social del Participante:* - -**

**Si no desea dar su número de seguro social, escriba sus iniciales aquí \_\_\_\_\_\_\_\_. Aún puede participar en el estudio de investigación como se describe en el formulario de consentimiento, pero no será compensado por su participación.**

***For Use by Study Coordinators: Data Collection Elements from Research Participant to issue a Duke ClinCard***

* Participant Study ID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Birthdate of Participant. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Do you wish to use email/phone notification? Yes No
* Email address of Participant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Mobile number of Participant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Mailing address of Participant ­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Duke ClinCard Token Number assigned \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Other Information, if needed \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Guidance on Social Security Number (SSN) handling:***

1. The participant’s Social Security Number (SSN) must be obtained to assign a ClinCard. The SSN should be direct entered into the Duke ClinCard System. An SSN is only collected one time from a participant.
2. If the study team does not have access to direct enter the SSN, the SSN can be collected on this form and must be redacted/shredded after it is entered into the Duke ClinCard system. The SSN should not be stored on this form.
3. Participants who are non-US residents should be paid via Duke check and not with ClinCard due to tax withholding requirements.
4. Duke Unique IDs will no longer be used in place of an SSN for the ClinCard process
5. TIN Validation must be met prior to assigning a payment in ClinCard. TIN validations guidelines can be found [here.](https://resources.finance.duke.edu/travel/resources/TIN_Validation_Guide.pdf)

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

***Participant’s SSN must be destroyed once it is entered in the Duke ClinCard system.***

***Participant’s Social Security Number:*** -*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*