

## Información Personal del contribuyente

|                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                           |                   |                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------|
| <b>Es cliente Nuevo?:</b>                                                                                                                                                  | <b>Estado Civil:</b> Soltero _____ Casado Declarando en Conjunto _____ Casado Declarando por Separado _____<br>Viudo(a) _____ Jefe de Familia _____ No estoy seguro _____ |                   |                               |
| Se divorció o se separó de su pareja durante el 202? Sí _____ No _____ Cuando? _____                                                                                       |                                                                                                                                                                           |                   |                               |
| Tuvo usted seguro médico a través del Marketplace durante el 2022? Sí _____ No _____ Recibió la forma 1095-A? _____                                                        |                                                                                                                                                                           |                   |                               |
| ¿Recibió, vendió o intercambió en algún momento algún interés financiero en alguna moneda virtual?                                                                         |                                                                                                                                                                           |                   | Si O NO                       |
| Tuvo usted en una cuenta bancaria extranjera de parte o autorización de firma sobre alguna cuenta que tuviera US\$10.000,00 o más en algún día en particular durante 2022? |                                                                                                                                                                           |                   | Si O NO                       |
| En caso afirmativo, : Cuánto \$                                                                                                                                            | País:                                                                                                                                                                     | Número de cuenta: | Nombre y Dirección del banco: |

### 1.-Datos del Contribuyente:

|                          |                           |            |
|--------------------------|---------------------------|------------|
| Primer Nombre:           | Segundo Nombre: (inicial) | Apellidos: |
| Número de Seguro Social: | Fecha de Nacimiento:      | Email:     |
| Ocupación:               | Telf Cel:                 | Licencia # |
| Dirección Completa:      |                           |            |

### 2.-Datos del Conyugue:

|                          |                           |            |
|--------------------------|---------------------------|------------|
| Primer Nombre:           | Segundo Nombre: (inicial) | Apellidos: |
| Número de Seguro Social: | Fecha de Nacimiento:      | Email:     |
| Ocupación:               | Telf Cel:                 | Licencia # |
| Dirección Completa:      |                           |            |

### 3.-Datos de los Dependientes:

|                                         |                                 |                               |                               |
|-----------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1 Nombre completo de niño dependiente : | Número de Seguro Social:        | Esta deshabilitado?           | Meses en casa durante el 2022 |
| Relacion con el contribuyente           | Fecha de Nacimiento: mm/dd/aaaa | Estudiante? Si _____ NO _____ |                               |
| Nombre y dirección de la escuela:       |                                 |                               |                               |
| 2 Nombre completo de niño dependiente : | Número de Seguro Social:        | Esta deshabilitado?           | Meses en casa durante el 2022 |
| Relacion con el contribuyente           | Fecha de Nacimiento: mm/dd/aaaa | Estudiante? Si _____ NO _____ |                               |
| Nombre y dirección de la escuela:       |                                 |                               |                               |
| 3 Nombre completo de niño dependiente : | Número de Seguro Social:        | Esta deshabilitado?           | Meses en casa durante el 2022 |
| Relacion con el contribuyente           | Fecha de Nacimiento: mm/dd/aaaa | Estudiante? Si _____ NO _____ |                               |
| Nombre y dirección de la escuela:       |                                 |                               |                               |

### 4.-Otros Dependientes que vivan con Ud.:

|                                 |                                                        |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 1 Nombre completo dependiente : | Número de Seguro Social:                               |
| Relacion con el contribuyente   | Fecha de Nacimiento: mm/dd/aaaa Ingresos (si los tuvo) |

### 5.- Información Relevante Y Obligatoria

**Si usted ha de recibir Reembolso, Tiene la opción de Depósito Directo a su Cuenta Bancaria por favor indique**

|                            |                     |                         |
|----------------------------|---------------------|-------------------------|
| Cheque / Ahorros<br>Banco: | Ruta:               | Número de Cuenta:       |
| Firma                      | Fecha: mm/dd/aaaa : | Firma Del contribuyente |

El Llenado de este Cuestionario es de Orden Obligatorio u al ser recibido por parte de Uds, Indica que La documentación e Información Suministrada Es Total Y Correcta. La omisión de información es de exclusiva responsabilidad del contribuyente

## Información de Interés

1. Su declaración de impuestos del año pasado (Si usted no elaboro sus impuestos en esta oficina).
2. Las tarjetas del Seguro Social y las fechas de nacimiento correctas de todos los miembros de la familia. Si en la tarjeta del seguro social aparece la palabra: "**NOT VALID FOR WORK WITHOUT PERMIT**", entonces nos debe consignar la tarjeta de Residencia (Green Card) o en su defecto el Permiso de Trabajo.
3. Identificaciones con fotografía. (LICENCIA DE CONDUCIR) Si está casado y va a presentar una declaración de impuesto conjunta, ambos cónyuges deben presentar una identificación con fotografía y deben presentarse en persona para firmar la declaración.
4. Si tiene dependientes, traiga una prueba de que ellos vivieron con usted en la misma dirección. Puede ser una carta de la Escuela, del Médico, del Mercado de salud, del "Department de Childrens and Families" o el Contrato de Arrendamiento.
  - a. Si usted y/o alguno de sus dependientes tuvieron cobertura de salud asegúrese de traer lo siguiente: que pruebe el periodo de cobertura durante el 2022:
  - b. Si usted y/o su familia tuvieron Medicaid durante el año, necesitamos la forma 1095-B c. Si tuvo cobertura médica del mercado de salud Ley Obama: forma 1095-A que le llegara por correo o en su defecto puede descargarla en la Página del Mercado de Salud. Si Ud. NO la ha recibido, debe solicitarla online en: <https://www.cuidadodesalud.gov> o puede llamar al número de teléfono 1-800-318-2596. - Si obtuvo Seguro Médico por la compañía o privado para la que trabaja, debe traer la forma 1095-C.
5. Traer "TODAS LAS FORMAS W2 O 1099", según sea el caso. (Favor no omitir ninguna W2 o 1099). Haga memoria para no obviar ningún ingreso que pudiese ser reportado al IRS. En caso de olvidar incluir alguna forma W2 o 1099 en su declaración de impuestos, se le cobrara un cargo adicional por enmendar sus Taxes y esta oficina no se hace responsable por cualquier cambio que haga el IRS en su declaración.
6. Si tiene desempleo (Unemployment), traer la forma 1099-G que le haya entregado el Estado.
7. Si paga hipoteca (Mortgage), traer la forma 1098 donde aparecen los intereses que pago a su banco durante todo el año 2022 y el monto de los Taxes de la propiedad.
8. Si es dueño de otra casa y la tiene rentada, traer Statement donde aparecen los intereses del Mortgage que pago a su banco durante todo el año y el monto de los Taxes que pago por esa propiedad. Traer también, el monto de la renta que recibió durante todo el año y soporte de los gastos incurridos en el mantenimiento de la propiedad rentada (Solicítenos formas adicionales).
9. Si tiene cuenta de banco que gana intereses, traer la forma 1098-INT donde indique lo que usted recibió por intereses.
10. Si usted o su dependiente estudia en el College, traiga la forma 1098-T emitida por la institución educativa y los recibos de pago de los gastos correspondientes. Si paga intereses por un crédito estudiantil, traer la forma 1098-E, por los intereses pagados durante el año.
11. Traer todos los formularios de impuestos que haya recibido.
12. Si usted es trabajador por cuenta propia (Self -Employment) traiga todas las pruebas y/o soportes de cualquier ingreso que no figure en un formulario de impuestos. Como los estados de cuenta del banco donde deposita lo cobrado mensualmente y una relación de los gastos incurridos que ud pueda soportar para poder realizar su trabajo.
13. Traer carta emitida por el proveedor de cuidado infantil (Daycare) que indique el monto de lo que usted pago durante el año por el cuidado de su hijo menor de 12 años. La carta debe indicar: Nombre, dirección, número de identificación tributaria o seguro social.
14. Un cheque anulado y/o número de cuenta de ahorros para el depósito directo
15. Carta 6419. Que indica los pagos recibidos del IRS por concepto de todos los pagos del Crédito tributarios por hijos de 2021.
16. En caso de no haber recibido algún pago de la ayuda por recuperación económica indicar cuál y el monto pendiente