

INFORMACION DEL CLIENTE

Nombre completo _____ Fecha de nacimiento _____

Seguro Social o ITIN _____ Correo Electrónico _____

Ocupación _____ Telf. _____ Trabajo _____

Dirección _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tipo de Identificación: Licencia de conducir – Pasaporte – Tarjeta de identificación consular – Identificación extranjera – Tarjeta verde – Permiso de Trabajo – Identificación militar de EE. UU

Número de Identificación _____ Emisión _____ País/Estado _____ Vencimiento _____

Es usted dependiente de otra planilla: **SI** o **NO**

¿Asistió a la escuela (UNIVERSIDAD/INSTITUTO) el año en que está declarando impuestos? **SI** o **NO** (en caso afirmativo, coloque el gasto) \$ _____

¿Tuvo cobertura médica durante el año? **SI** o **NO**
(en caso afirmativo, marque uno) **L Obama care D Private Insurance D Medicaid, Medicare**

Preferencia de idioma: _____

Estatus de impuestos: 1. Soltero(a) 2. Casado(a) aplicando juntos 3. Casado(a) aplicando Separado(a) 4. Jefe de Hogar 5. Viudo(a) Calificado

Información de Esposa (o):

Nombre Completo _____ Núm. De SS _____

Fecha de Nacimiento _____ Fecha de Fallecimiento _____ Ocupación _____

Correo Electrónico _____ Móvil: _____ Trabajo: _____

Información de Depósito Directo:

Nombre del Banco _____ No. De Ruta: _____ No. de Cuenta _____
 Cuenta de Cheque o Cuenta de Ahorros

Dependientes: Individuos Calificados y Niños

Primer Nombre _____ Apellido _____ Fecha de Nacimiento _____

No. de SS _____ Relación _____ Meses de Vivir con usted _____

Primer Nombre _____ Apellido _____ Fecha de Nacimiento _____

No. de SS _____ Relación _____ Meses de Vivir con usted _____

Primer Nombre _____ Apellido _____ Fecha de Nacimiento _____

No. de SS _____ Relación _____ Meses de Vivir con usted _____

Primer Nombre _____ Apellido _____ Fecha de Nacimiento _____

No. de SS _____ Relación _____ Meses de Vivir con usted _____

Los niños y otras personas que califican tienen atención médica? SI o NO

Marque una X al lado del formulario que está llenando.

W2 Independiente 1099-Nec Otro: _____

Si es trabajador por cuenta propia, marque con una X en el documento que compro para acreditar sus ingresos.

Estado de Cuenta Bancario Carta de empleo Resumen de Ingresos

FIRMA:

CLIENTE: _____ **FECHA** _____ **ESPOSO(A)** _____

Yo acepto que la información anterior es verdadera y correcta, y entiendo/ entendemos que la información proporcionada en este cuestionario se utilizara para procesar mis declaraciones de impuestos. Yo*/ Nosotros también acordamos mantener a esta compañía indemne por cualquier error en nuestros impuestos, También entendemos que un error en Mi/Nuestra devolución causara un retraso en el procesamiento de la devolución y la aceptación del reembolso, si corresponde. Si más adelante requiere copia de su impuesto habrá un cobro.