

Cuestionario del Contribuyente

INFORMACION PERSONAL

Contribuyente Principal

| | | | |
|--------------------------|---|---|---|
| Nombre: | Apellido: | Medio Inicial: | |
| Numero de seguro social: | Fecha de nacimiento: | PIN del Contribuyente: | |
| Teléfono en casa: | Teléfono en el trabajo: | Teléfono celular: | |
| Ocupación: | Incluido en otro reclamo? Si No | Legalmente ciego? | Deshabilitado? |
| Correo electrónico: | Mensaje de texto? Si No | Proveedor de teléfono celular: | |
| Preferencia de contacto: | Preferencia de idioma: | Formulario 1040 NR: Si No | Contribuyente: Masculino Femenino |

Estado Civil (circule el estado estado que le aplica)

1 = Soltero

Si: Usted No se caso en o antes del 31 de diciembre del 2022.
Sus dependientes vivieron con usted menos de 6 meses durante el año fiscal.

2 = Casado(a) Presentando Juntos (MFJ)

Si: Usted se caso en o antes del 31 de diciembre o su esposo(a) murió durante el año 2022.

3 = Casado(a) presentando separado(a) (MFS)

Si: Usted se caso en o antes del 31 de diciembre del 2022 y su esposo(a) esta utilizando el mismo estado civil.

Si: Ustedes vivieron juntos durante el año fiscal ? Si No
Si la respuesta es Si, vivieron juntos durante los últimos seis meses del año fis Si No

Si: Su esposo(a) detallo sus deducciones? Si No
Nota: Si su esposo(a) detallo sus deducciones, ambos tienen que detallar deducciones?

4 = Cabeza de Familia

Si: Usted no se ha casado a partir del 31 de diciembre del 2022 y sus hijos de crianza o nietos vivieron con usted mas de 6 meses.

5 = Viudo(a) que reúne los requisitos

Si: su esposo(a) murió durante el año 2021 o 2022 y sus hijos de crianza o nietos vivieron con usted durante 12 meses en 2022.

Cónyuge

| | | | |
|--------------------------|--|--------------------------------|----------------|
| Nombre: | Apellido: | Medio inicial: | |
| Numero de seguro social: | Fecha de nacimiento: | PIN del Cónyuge: | |
| Teléfono en casa: | Teléfono en el trabajo: | Teléfono celular: | |
| Ocupación: | Incluido(a) en otro reclamo? Si No | Legalmente ciego? | Deshabilitado? |
| Correo electrónico: | Mensaje de texto? Si No | Proveedor de teléfono celular: | |
| Preferencia de contacto: | Contribuyente: Masculino Femenino | | |

Dirección

Cuidado de (o adicional) información de dirección

Dirección de calle:

Apta. #:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Dirección Militar: (1=APO/FPO, 2=Stateside, 3= Extranjera o Ninguna)

Zona de Combate:

¿Casa principal o vivienda en Estados Unidos durante más de la mitad del año? Si No

Información bancaria

(para depósito directo a la cuenta personal del contribuyente)

Nombre de banco:

Tipo de cuenta:

Cheques

Ahorros

Numero de transito:

Numero de cuenta:

Esta el reembolso Deposito Directo esta destinado a una cuenta en el extranjero? Si No

Consentimiento de firma remota

Para cumplir con firma y recibir la declaración de impuestos. Por favor de contestar las siguientes preguntas respecto a las firmas remotas.

El contribuyente da su consentimiento para recibir y firmar sus documentos de forma remota? Si No

El conyuge da su consentimiento para recibir y firmar sus documentos de forma remota? Si No

Incluir cargo(s) de firma remota en la factura? Si No

Referencia del cliente

Tipo de referencia:

Descripción:

Seguro de salud

(Affordable Care Act)

Para cumplir con el Affordable Care Act, conteste las siguientes preguntas con respecto a la cobertura de salud.

Recibió seguro medico a través de su empleador todo el año (incluyendo seguro Cobra)? Si No

Recibió seguro medico del gobierno como Medicaid, Medicare or beneficios de veterano? Si No

Compro seguro medico privado y no por el mercado (Marketplace) para todo el año? Si No

Compro seguro medico por el mercado (Marketplace) Form 1095-A? Si No

Al menos un miembro de la familia (incluyendo el contribuyente) no tenia cobertura de salud en cualquier momento durante el año? Si No

DEPENDIENTES

| Nombre: | Apellido: | Fecha de nacimiento: | Numero de seguro social | Relación | # de meses | Código de Dep. | EIC |
|---------|-----------|----------------------|-------------------------|----------|------------|----------------|-----|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Dependientes que vivieron en casa y son reclamados por otra persona

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

No Dependientes pero reclamaron para EIC y gastos de cuidado para una persona deshabilitada.

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Ingrese el nombre de dependiente, fecha de nacimiento, SSN, Relación, el número de meses que vivió con el contribuyente, comience con el dependiente más joven. Refiérase a la información abajo para Códigos de EIC y Dependiente.

| Códigos para el Dependiente: | Códigos para el EIC: |
|---|--|
| 1 = Vivió con el contribuyente principal | E = Elegible a partir del 31 de diciembre del 2021, menor de 19 años |
| 2 = No vivió con el contribuyente principal | S = Estudiante a partir del 31 de diciembre del 2021, menor de 24 años y estudiante de tiempo completo |
| 3 = Padre o madre del contribuyente | D = Deshabilitado a partir del 31 de diciembre del 2021, permanente o totalmente deshabilitado |
| 4 = Otro dependiente | K = Dependiente fue secuestrado |
| | N = No es elegible |

CREDITO TRIBUTARIO POR HIJOS (CTC)

| | | |
|---|---|------------|
| Esta información se incluida en la lista de dependientes arriba | Numero de dependientes menores de 18 años (CTC) | |
| | Numero de dependientes menores de 19 años (EIC) | |
| | Numero de dependientes entre 17 y 24 años, estudiantes (EIC) | |
| | Numero de dependientes deshabilitados (EIC) | |
| | Formulario 8862 requerido? (para reclamar EIC después de rechazado) | Si No |

| | | |
|------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| Monto Total Pagado \$ | CREDITO POR CUIDADO DE MENORES | Cuantos en cuidado: |
|------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|

| | |
|---|---|
| A. El contribuyente y la esposa(o) trabajaron durante el tiempo de cuidado del dependiente? | Si No |
| B. Si contesto No , a la pregunta "A" estuvo deshabilitado el esposos(a) o el contribuyente mas de 5 meses? Si contesto No , a la pregunta A y B usted no es elegible para el crédito. | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, Deshabilitado <input type="checkbox"/> Si, Estúdiate |

Información del Proveedor de Cuidado # 1

| | |
|------------|--------------------|
| Nombre: | SSN ___ o EIN ___ |
| Dirección: | Cantidad \$ Pagada |

Información del Proveedor de Cuidado # 2

| | |
|------------|--------------------|
| Nombre: | SSN ___ o EIN ___ |
| Dirección: | Cantidad \$ Pagada |

GASTOS DE CUIDADO DEL (LA) DEPENDIENTE
Lista de Dependientes en cuidado

| Nombre: | Apellido | Numero de seguro social | Gastos |
|---------|----------|-------------------------|--------|
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| | | | \$ |

| INGRESOS Y SALARIOS | | | |
|---|-----------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| (Utilice el Formulario W-2 para ingresar la siguiente información) | | | |
| Contribuyente - Nombre del empleador | Ingresos | Retención de impuesto Federales | Retención de impuestos Estatales |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Cónyuge - Nombre del empleador | Ingresos | Retención de impuestos Federales | Retención de impuestos Estatales |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| INGRESOS DE INTERESES Y DIVIDENDOS | | | |
| (Utilice los Formularios 1098, 1099-B, 1099-INT, 1099-DIV para ingresar la siguiente información) | | | |
| Nombre del pagador | Interés ganado | Dividendos | Retención |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| OTROS INGRESOS | | | |
| Ingresos de desempleo (hoja de trabajo - Other Income, línea 19) | | | |
| Beneficios de seguro social del Formulario 1099-SSA (hoja de trabajo - Other Income línea 20a) | | | |
| Otros Ingresos: | | | |
| Ingresos de colegiaturas no incluidos en la Forma W-2 | | | |
| Reembolso Estatal o Local del año pasado | | | |
| Pensión alimenticia recibida | | | |
| Ingreso de juegos W-2G | | | |
| Otros ingresos sujetos a impuesto sobre el trabajo por cuenta propia | | | |
| Schedule C - Ingresos/perdida de negocios | | | |
| Distribuciones de IRA o Pensión del Formulario 1099R | | | |
| Jubilación de la ferroviaria Formulario 1099-RRB | | | |
| AJUSTES | | | |
| Deducción de intereses pagados por un préstamo escolar | | | |
| Contribuciones a una IRA (\$5,500 por contribuyente, mas de 50 el limite \$6,500) | | | |
| Deducción por pagos de colegiatura | | | |
| Alimenticia pagada: | | | |
| Nombre del Destinatario: | SSN del Destinatario: | | |
| CREDITOS | | | |
| Créditos de educación: | | | |
| American Opportunity Credit | | | |
| Life Time Learning Credit | | | |
| Pago de impacto economico | | | |
| Otros pagos fiscales federales | | | |

| GASTOS DETALLADOS | | Sch-A |
|--|---------------------|--------------|
| Gastos Médicos y Dentales: | | Millas |
| Numero de millas manejadas para visitas al Doctor/Dental durante el año | (línea 1) | |
| Descripción de gastos médicos/dentales | | Cantidad |
| Descripción de gastos médicos/dentales | | Cantidad |
| Impuesto Pagados: | | Cantidad |
| Impuesto pagados al estado en el año pasado | (línea 5 Wkst) | |
| Impuestos prediales pagados | (línea 5b) | |
| Impuesto personales (Ej. registro de vehículo) | (línea 5c) | |
| Otros impuesto pagados (Ej. pagos estatales No-residentes) | (línea 6) | |
| Intereses Pagados: | | Cantidad |
| Pagos de intereses hipotecarios de la Forma 1098 | (línea 8) | |
| Puntos de Interés pagados (Compra de residencia o Hipoteca calificada) | (Vea instrucciones) | |
| Donaciones Caritativas: | | Millas |
| Numero de millas manejadas como voluntario para una organización caritativa | (línea 11) | |
| Donaciones Caritativas en Cheque o Efectivo: | | Cantidad |
| Descripción: | (línea 11) | |
| Descripción: | | |
| Descripción: | | |
| Descripción: | | |
| Contribuciones No en efectivo (si son mas de \$500 incluya la Forma 8283) | | Cantidad |
| Descripción: | (línea 12) | |
| Descripción: | | |
| Descripción: | | |
| Otras Deducciones Misceláneas: | | Cantidad |
| Otras deducciones misceláneas (Ej.: pérdidas de juego que no rebasen ganancias reportadas) | (línea 16) | |
| Otros Gastos: | | Cantidad |
| Descripción: | (línea 16) | |
| Descripción: | | |
| Descripción: | | |

Crédito por Ingreso del Trabajo (EIC)

Parte I - Requisitos

Usted o su esposo(a) pueden ser considerados dependientes en un reclamo de otra persona durante el año fiscal 2022?

Si

No

Nota: si contesto **Si**, usted no es ilegable para obtener el Crédito por Ingreso del Trabajo (EIC) Ignore la Parte II y continúe en la Parte III.

Parte - II Menores Calificados

Menor 1

Menor 2

| | | |
|--|---------|---------|
| El menor es: Hijo(a) adoptivo(a) del Contribuyente, o Hijo(a) de un hijo(a) del Contribuyente, o Hijo(a) de crianza del Contribuyente, o Hijastro(a) del Contribuyente? (línea 9) | Nombre: | Nombre: |
| | Si No | Si No |
| Sí el menor esta casado, lo esta usando como dependiente? (Sí el menor NO esta casado solo seleccione "SI") (línea 10) | Si No | Si No |
| El menor vivió con usted en los Estados Unidos mas de medio año?, o El año completo como un hijo(a) de crianza calificado? (línea 11) | Si No | Si No |
| Al fin del año el menor fue: Menor de 19 años, o Menor de 24 años y estudiante de tiempo completo, o Cualquier edad y deshabilitado completamente? (línea 12) | Si No | Si No |
| Hay alguna otra persona que pueda contestar Si , de preguntas 9 a 12 ? Nota: Si la respuesta es Si , las preguntas en las líneas 13b y 13c tienen que ser contestadas | Si No | Si No |

Sí contesto **No**, a cualquiera de las primeras cuatro preguntas, entonces:

El menor no califica como dependiente. Si el contribuyente no tiene dependientes calificados, continúe en la "Parte III" para verificar si el contribuyente puede calificar para el Crédito por Ingreso de Trabajo (EIC) para personas que no tienen dependientes.

Parte III - Crédito por Ingreso del Trabajo (EIC) para contribuyentes sin dependientes calificados

Fue Estados Unidos el lugar de residencia al menos medio año?

Si

No

(Personal Militar en actividad extendida fuera de Los Estado Unidos son considerados residentes durante este tiempo.)

NOTA: Si has contestado "No" , no puede calificar para el crédito por ingreso (omitir las Partes II y III).

Marque una de las siguientes opciones que apliquen al contribuyente o conyuge si MFJ (línea 17)

| | | |
|--|--------------------------|--|
| Tenia al menos 19 años y no era estudiante, era un joven de crianza temporal o sin hogar* | <input type="checkbox"/> | |
| Tenia 24 años y era estudiante por lo menos 5 meses pero no es un joven de crianza temporal o sin hogar* | <input type="checkbox"/> | |
| Tenia al menos 18 años y estaba en cuidado de crianza temporal en cualquier momento en o despues de los 14 años de edad, o estaba sin hogar en cualquier año anterior. | <input type="checkbox"/> | |
| Ninguna de las anteriores | <input type="checkbox"/> | |

NOTA: Si contesto "Ninguna de las anteriores" detengase. El EIC no se puede tomar

Parte IV - Requisitos de la Debida Diligencia

Para cumplir con el requisito de conocimiento EIC, no debe saber o tener motivos para saber que cualquier información que se utiliza para determinar la elegibilidad de los contribuyentes para, y la cantidad del EIC es incorrecto. No puede ignorar las consecuencias de la información proporcionada a o saber por usted, y debe realizar investigaciones razonables si la información proporcionada parece ser incorrecta, inconsistente o incompleta. En el momento de que realizar estas investigaciones, se debe documentar en sus archivos que investigación a hecho y las respuestas de los contribuyentes.

Información para Forma 8879

(1) = Cheque enviado por el IRS (4) = Saldo (pagar al IRS)
(2) = Deposito directo por el IRS (5) = RAC/RT Yes No

PIN del Contribuyente:

PIN del Cónyuge:

Fue la declaración preparada por el contribuyente ?

Fue la declaración preparada por un preparador de impuestos? Yes No

REVISIÓN DE CUESTIONARIO DEL CONTRIBUYENTE

La información proveída es verídica y correcta. Entiendo que la información en este cuestionario será utilizada para completar mi declaración fiscal para el año 2022. Si alguna de esta información es incorrecta puede causar un retraso el tiempo para obtener un reembolso.

Firma del Contribuyente: _____

Fecha: _____

Firma del Cónyuge: _____

Fecha: _____

PRODUCTOS FINANCIEROS

Complete este formulario si el tipo de reembolso que eligió fue un RAC/RT

Al menos uno de los bancos requieren alguna identificación para el producto de banco.

- Permiso de conducir DMV/BMV State ID Military ID US Passport/Resident
 Matricula Consular Pasaporte Extranjero

Contribuyente Numero de ID _____ Estado _____ Fecha Caducidad _____

Cónyuge Numero de ID _____ Estado _____ Fecha Caducidad _____

Información para la Aplicación:

Si declaran juntos, quien es el prestatario? **T** = Solo el Contribuyente; **S** = Solo el Esposo(a); **B** = Ambos

El IRS verifica los indicadores de deudas previas, existe la posibilidad que mí reembolso de RAC/RT no sea reembolsado en total.

Razones por el cuales un reembolso de RAC/RT no es reembolsado en total:

1. El IRS indica que debe impuestos atrasados.
2. Existe una orden de embargo parcial o total de su salario.
3. El IRS conduce una auditoria en su crédito de EIC.
4. El crédito de EIC es pedido y se indica un dependiente que califica como dependiente adoptivo.
5. Tiene una deuda previa con un banco que ofrece prestamos de RAL.

NOTA: NO TENEMOS CONTROL SOBRE LAS RAZONES MENCIONADAS.

Iniciales del Contribuyente _____ Iniciales del Cónyuge _____

Yo entiendo que la información proveída es correcta y también entiendo que si alguna información es incorrecta me enviara una carta formal si mí reembolso no es reembolsado en total.

Yo entiendo que mí reembolso de RAC/RT puede ser reembolsado en uno o más cheques.

Firma del Contribuyente: _____ Fecha: _____

Firma del Cónyuge(a): _____ Fecha: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Lista de proceso (para ser incluido en el archivo del cliente)

- Copias de documento(s) de identidad (ID) y tarjetas de Seguro Social
- Hoja de entrevista completa
- Una copia de la declaración de impuestos, formularios W-2 y / o 1099 (contribuyente y cónyuge, si es aplicable)
- Firma en la Forma 8879/# de PIN y la aplicación del banco