



FORMULARIO DE ADMISIÓN DE FISCALIDAD DE CLIENTES

Aviso legal: Gracias por su interés en ser cliente de ABREU ACCOUNTING SERVICES, LLC. Este formulario se utiliza para recopilar información sobre nuevos clientes y es solo para fines internos. La información que proporcione es confidencial y se tratará como corresponde.

REFERIDO POR:

ESTATUS DE CATALOGO

- ☐ Soltero
- ☐ Casado que presenta declaración conjunta
- ☐ Casado que presenta declaración como soltero
- ☐ Cabeza de hogar
- ☐ Viudo calificado

INFORMACIÓN DEL CONTRIBUYENTE

Nombre: _____

Dirección: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Número de Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Ocupación: _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Nombre: _____

Dirección: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Número de Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

LOCATION: LEHIGH ACRES, FL 33974

O: (239) 230-7937 / C: (239) 848-7431

E: AASLLC@ABREUSERVICES.COM / W: WWW.ABREUSERVICES.COM



Ocupación:: _____

DEPENDIENTES (edades 0 – 24 años)

Nombre: _____ SSN: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación: _____ Alumn(o)(a)? ☐ Si ☐ No Descapacid(o)(a)? ☐ Si ☐ No

.....

Nombre: _____ SSN: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación: _____ Alumn(o)(a)? ☐ Si ☐ No Descapacid(o)(a)? ☐ Si ☐ No

.....

Nombre: _____ SSN: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación: _____ Alumn(o)(a)? ☐ Si ☐ No Descapacid(o)(a)? ☐ Si ☐ No

.....

Nombre: _____ SSN: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación: _____ Alumn(o)(a)? ☐ Si ☐ No Descapacid(o)(a)? ☐ Si ☐ No

.....

Nombre: _____ SSN: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación: _____ Alumn(o)(a)? ☐ Si ☐ No Descapacid(o)(a)? ☐ Si ☐ No

INGRESO

¿Recibió usted ingresos W2? ☐ Si ☐ No

- En caso afirmativo, ¿cuántos W2 en total?? _____

¿Recibió usted algún ingreso por cuenta propia? ☐ Si ☐ No

¿Recibió usted ingresos por alquiler de propiedades? ☐ Si ☐ No

¿Recibió usted ingresos por desempleo? ☐ Si ☐ No

¿Recibiste algún dinero de la venta de acciones? ☐ Si ☐ No

¿Recibiste algún interés o dividendo? ☐ Si ☐ No

LOCATION: LEHIGH ACRES, FL 33974

O: (239) 230-7937 / C: (239) 848-7431

E: AASLLC@ABREUSERVICES.COM / W: WWW.ABREUSERVICES.COM



DEDUCCIONES

¿Recibiste algún ingreso del Seguro Social? ☐ Si ☐ No

¿Recibió algún ingreso misceláneo (1099)? ☐ Si ☐ No

¿Recibió alguna pensión alimenticia? ☐ Si ☐ No

¿Recibió algún otro ingreso de los activos vendidos? ☐ Si ☐ No

¿Sacaste dinero de tu 401k? ☐ Si ☐ No

¿Recibiste algún reembolso/crédito/compensación sujeta a impuestos? ☐ Si ☐ No

¿Recibiste algún ingreso en el extranjero? ☐ Si ☐ No

¿Recibiste algún otro ingreso? ☐ Si ☐ No

-En caso afirmativo, enumere otras fuentes de ingresos: _____

Ajustes a los ingresos:

¿Tuvo algún gasto de educador (enseñanza)? ☐ Si ☐ No

¿Tuvo alguna deducción en la cuenta de ahorros para la salud? ☐ Si ☐ No

¿Tuvo algún gasto de mudanza (solo militar)? ☐ Si ☐ No

¿Pagaste un seguro de salud para trabajadores autónomos? ☐ Si ☐ No

¿Hizo contribuciones a un plan de jubilación? ☐ Si ☐ No

¿Tuviste algún préstamo estudiantil o deducciones de matrícula/cuotas ☐ Si ☐ No

¿Pagó alguna pensión alimenticia? ☐ Si ☐ No

¿Tiene algún interés hipotecario? ☐ Si ☐ No

LOCATION: LEHIGH ACRES, FL 33974

O: (239) 230-7937 / C: (239) 848-7431

E: AASLLC@ABREUSERVICES.COM / W: WWW.ABREUSERVICES.COM



¿Pagaste algún impuesto sobre bienes raíces? ☐ Si ☐ No

¿Pagó algún impuesto sobre vehículos? ☐ Si ☐ No

¿Pagó algún gasto de cuidado de niños? ☐ Si ☐ No / Monto pagado: _____

Nombre de la guardería: _____ EIN/SSN #: _____

¿Tuviste alguna otra deducción o crédito? ☐ Si ☐ No

-En caso afirmativo, enumere otras deducciones o créditos: _____

PAGOS

¿Declaraste impuestos el año pasado? ☐ Si ☐ No

¿Le pagaste al estado el año pasado? ☐ Si ☐ No

¿Le debe al IRS?? ☐ Si ☐ No

-En caso afirmativo, ¿cuánto?? _____

¿Recibió un reembolso federal el año pasado? ☐ Si ☐ No

¿Ha recibido alguna carta del IRS? ☐ Si ☐ No

¿Pidió prestados fondos para la matrícula universitaria? ☐ Si ☐ No

¿Hizo algún pago estimado para la declaración de impuestos de este año?

☐ Si ☐ No

-En caso afirmativo, ingrese todos los pagos realizados junto con las fechas:

SEGURO DE ENFERMEDAD

Para cumplir con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, responda las siguientes preguntas sobre la cobertura de seguro médico.

¿Tiene seguro médico?? ☐ Si ☐ No

¿Su empleador proporciona cobertura de seguro de salud? ☐ Si ☐ No

¿Su cónyuge y/o todos los dependientes tienen cobertura de seguro médico?

☒ Si ☐ No

LOCATION: LEHIGH ACRES, FL 33974

O: (239) 230-7937 / C: (239) 848-7431

E: AASLLC@ABREUSERVICES.COM / W: WWW.ABREUSERVICES.COM



MISCELÁNEO

¿Es usted parte de una sociedad comercial o corporación? ☐ Si ☐ No

¿Eres un reservista de las Fuerzas Armadas? ☐ Si ☐ No

¿Es usted víctima de robo de identidad? ☐ Si ☐ No

INFORMACIÓN BANCARIA

Nombre del banco: _____

Tipo de cuenta: Ahorros __ Comprobación __

Número de ruta: _____ Número de cuenta: _____

FIRMA / DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

La información anterior es verdadera y correcta, y entiendo que la información proporcionada en este cuestionario se utilizará para completar mi/nuestra(s) declaración(es) de impuestos de 2024. Acepto / acordamos eximir a esta empresa de responsabilidad por cualquier error que puedan cometer en mi / nuestra declaración de impuestos. También entiendo que un error en mi / nuestra devolución causará un retraso en el procesamiento de la devolución y la recepción del reembolso, si lo hubiera.

Firma del Contribuyente: _____ Fecha: _____

Imprimir nombre: _____

Firma del cónyuge: _____ Fecha: _____

Imprimir nombre: _____