



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: _____ Número de Seguro Social: _____

Ocupación: _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Nombre: _____

Dirección: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Número de Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número 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



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: _____

LOCATION: LEHIGH ACRES, FL 33974

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

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