

# 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			
Licencia de conducir Identification del estado #:		Estado de emision del ID:		Fecha de emision del ID:		Fecha de caducidad del ID:		Identification proveida: Si No	

Estado Civil (circule el estado estado que le aplica)

**1 = Soltero**

Si: Usted No se caso en o antes del 31 de diciembre del 2025.

**2 = Casado(a) Presentando Juntos (MFJ)**

Sus dependientes vivieron con usted menos de 6 meses durante el año fiscal.

Si: Usted se caso en o antes del 31 de diciembre o su esposo(a) murió durante el año 2025.

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

Si: Usted se caso en o antes del 31 de diciembre del 2025 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 fiscal? 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 2025 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 2024 o 2025 y sus hijos de crianza o nietos vivieron con usted durante 12 meses en 2025.

### 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							
Licencia de conducir Identification del estado #:		Estado de emision del ID:		Fecha de emision del ID:		Fecha de caducidad del ID:		Identification proveida: Si No	

Dirección			
Cuidado de (o adicional) información de dirección			
Dirección de calle:			Apta. #:
Cuidad:	Estado:	Código Postal:	
Dirección Militar: (1=APO/FPO, 2=Stateside, 3= Extranjera o Ninguna)	Zona de Combate:	Fecha:	
¿Ciudadano o residente de los Estados Unidos?	Si	No	
¿Casa principal o vivienda en Estados Unidos durante más de la mitad del año?	Si	No	
Información bancaria (para deposito 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 recevir la declaracion de impuestos. Por favor de contestar las siguientes preguntas respecto a las			
¿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 cargos 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 Affortable 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.							
<b>Códigos para el Dependiente:</b> 1 = Vivió con el contribuyente principal 2 = No vivió con el contribuyente principal 3 = Padre o madre del contribuyente 4 = Otro dependiente				<b>Códigos para el EIC:</b> E = Elegible a partir del 31 de diciembre del 2025, menor de 19 años S = Estudiante a partir del 31 de diciembre del 2025, menor de 24 años y estudiante de D = Deshabilitado a partir del 31 de diciembre del 2025, permanente o totalmente K = Dependiente fue secuestrado N = No es elegible			
CREDITO TRIBUTARIO POR HIJOS (CTC)							
Esta información se incluída en la lista de dependientes arriba	Numero de dependientes menores de 17 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 \$	<b>CREDITO POR CUIDADO DE MENORES</b>					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?						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, Deshabilitado <input type="checkbox"/> Si, Estúdiante	
Si contesto No, a la pregunta A y B usted no es elegible para el crédito.							
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			
Beneficios de seguro social del Formulario 1099-SSA			
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 (\$7,000 por contribuyente, mas de 50 el limite \$8,000)			
Deducción por pagos de colegiatura			
Alimenticia pagada:			
Nombre del Destinatario:		SSN del Destinatario:	
CREDITOS			
Créditos de educación:			
American Opportunity Credit			
Life Time Learning Credit			
Otros pagos fiscales federales			

GASTOS DETALLADOS		Sch-A
<b>Gastos Médicos y Dentales:</b>		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
<b>Impuesto Pagados:</b>		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)	
<b>Intereses Pagados:</b>		Cantidad
Pagos de intereses hipotecarios de la Forma 1098	(línea 8)	
Puntos de Interés pagados (Compra de residencia o Hipoteca calificada)	(Vea instrucciones)	
<b>Donaciones Caritativas:</b>		Millas
Numero de millas manejadas como voluntario para una organización caritativa	(línea 11)	
<b>Donaciones Caritativas en Cheque o Efectivo:</b>		Cantidad
Descripción:	(línea 11)	
Descripción:		
Descripción:		
Descripción:		
<b>Contribuciones No en efectivo (si son mas de \$500 incluya la Forma 8283)</b>		Cantidad
Descripción:	(línea 12)	
Descripción:		
Descripción:		
<b>Otras Deducciones Misceláneas:</b>		Cantidad
Otras deducciones misceláneas (Ej.: perdidas de juego que no rebasen ganancias reportadas)	(línea 16)	
<b>Otros Gastos:</b>		Cantidad
Descripción:	(línea 16)	
Descripción:		
Descripción:		
<b>Solo uso estatal. Utilice estos campos para los siguientes: AL, AR, CA, HI, MN o NY</b>		Cantidad
Descripción:		
Descripción:		
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 2024?			Si      No
<b>Nota: si contesto Si, usted no es ilegible para obtener el Crédito por Ingreso del Trabajo (EIC) Ignore las Parte II y III.</b>			
Parte - II Menores Calificados		Menor 1	Menor 2
El menor es: (línea 9) Hijo(a) adoptivo(a) del Contribuyente, <b>o</b> Hijo(a) de un hijo(a) del Contribuyente, <b>o</b> Hijo(a) de crianza del Contribuyente, <b>o</b> Hijastro(a) del Contribuyente?		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?, <b>o</b> El año completo como un hijo(a) de crianza calificado? (línea 11)		Si      No	Si      No
Al fin del año el menor fue: (línea 12) Menor de 19 años, <b>o</b> Menor de 24 años y estudiante de tiempo completo, <b>o</b> Cualquier edad y deshabilitado completamente?		Si      No	Si      No
Hay alguna otra persona que pueda contestar <b>Si</b> , de preguntas 9 a 12 ? <b>Nota:</b> Si la respuesta es <b>Si</b> , las preguntas en las líneas 13b y 13c tienen que ser contestadas		Si      No	Si      No
<b>Si contesto No, a cualquiera de las primeras cuatro preguntas, entonces:</b> 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? (Personal Militar en actividad extendida fuera de Los Estado Unidos son considerados residentes durante este tiempo.)			Si      No
<b>NOTA: Si has contestado "No" , no puede calificar para el crédito por ingreso (ignore las Partes II y III).</b>			
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)		PIN del Contribuyente:	PIN del Cónyuge:
( 2 ) = Deposito directo por el IRS      ( 5 ) = RAC/RT			
Fue la declaración preparada por el contribuyente ?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Fue la declaración preparada por un preparador de impuestos?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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 2025. 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 mi 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 mi reembolso no es reembolsado en total.

Yo entiendo que mi 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