

BEST RETURN BOOKKEEPING

4600 SOUTH TRACY BLVD. STE. 104, TRACY, CA 95377

TEL: (209)832-0211 FAX : (209)832-5627

WEBSITE : www.bestreturnbookkeeping.com

AVISO: (Favor de llenar todos los espacios donde aplique e indicar cambios.)

Nombre de esposo(a):	Numero de SS/ITIN:	
Fecha de Nacimiento:	Tipo de Trabajo:	
Numero de Telefono:	Email:	
Nombre de esposo(a):	Numero de SS/ITIN:	
Fecha de Nacimiento:	Tipo de Trabajo:	
Numero de Telefono:	Email:	
Dirección Domicilio:	#Apt:	
Ciudad/Estado/Zip:		
<p style="text-align: center;">(Favor Circular Uno) Estado Civil: Soltero Casado Casado/Separado Cabeza de Familia Viudo(a) Con Dependiente Calificado Reclamado Por Otro</p>		

DEPENDIENTES (Nombre, Inicial, Apellido)	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SS/ITIN	RELACIÓN

LISTA DE DOCUMENTOS RECIBIDOS PARA LA PREPARACIÓN DE IMPUESTOS

Ingresos – W-2	_____	Carta IRS 6419 Credito por Niño(a)s	_____
Ingresos/Loteria - W-2G	_____	1099 – NEC	_____
Interes de la Casa – 1098	_____	Pensión/Seguro Social – 1099 – R/SSA	_____
Dividendos - 1099 – DIV	_____	Venta de Acciones - 1099 - B	_____
Interes Recibido – 1099 – INT	_____	Estado de Compra/Venta/Refi. de Casa	_____
Pagos de Gobierno – 1099 – G	_____	Compra/Donativo de Vehiculo de Motor	_____

CUIDADO DE NIÑOS DEPENDIENTES

Nombre Dependiente: _____	Proveedor SS/EIN: _____
Nombre/Proveedor: _____	# de Telefono: _____
Dirección/Proveedor: _____	Cantidad de Gasto: \$ _____
_____	_____
Nombre Dependiente: _____	Proveedor SS/EIN: _____
Nombre/Proveedor: _____	# de Telefono: _____
Dirección/Proveedor: _____	Cantidad de Gasto: \$ _____
_____	_____

COBERTURA MEDICA: TODO EL AÑO _____ PARTE _____ NINGUNA _____		
Gasto de Cobertura:\$	Bolsillo:\$	Millas:
Healthcare Marketplace Statement: (1095-A): _____ (CA - FORM - FTB - 3895): _____		

ESTUDIANTE UNIVERSITARIO/VOCACIONAL:

1098-T (Año Actual): (Sí) ___ (No) ___ (Ante Pasado con Caja #7 Marcada): (Sí) ___ (No) ___

Estudiante:	Año(s) Reclamando: _____	Gasto:\$
Institución:	Tax ID#:	
Dirección:		
Estudiante:	Año(s) Reclamando: _____	Gasto:\$
Institución:	Tax ID#:	
Dirección:		

GASTOS NECESARIOS Y ORDINARIOS:

*Comenzando 2018, Gastos necesarios y ordinarios no seran permitidos a nivel federal con excepción demie mbros de las fuerzas armandaas, ciertos funcionarios de gobierno, artistas/interpretes de oficio.

DMV (Vehículo(s)):	Gastos/Declaración:
Uniformes/Botas:	Otros Gastos:
Herramientas:	
Union Reg/Supplemental:	Millas de Trabajo 1er Año: Sí ___ No ___
Adiestramientos/Licencias:	Vehiculo(Año/Modelo):
Donativos(Effectivo):	Fecha Puesto en Servicio:
Donativos(Articulos):	Millas(Trabajo): Totales:
*Donativos con un Valor de Mercado de \$250 ó Mas se Requiere Tener Recibo(s)/Comprobante(s)	*Si Reclama Deducción por Millas se Requiere que Mantenga Registro (Mano Escrito/Digital)

PENSIÓN ALIMENTICIA PAGADA (MATRIMONIOS SOLAMENTE)

*Matrimonios finalizados despues de Diciembre 31, 2018 no podrán ser deducible.

Nombre:	Nombre:
#SS/ITIN:	#SS/ITIN:
Cantidad (Pagada/Recibida):\$	Cantidad (Pagada/Recibida):\$

1.	Pagastes prestamo estudiantil? (Año pasado) (Favor proveer forma 1098-E ó cantidad de interés que pagó)	Sí	No
2.	Compró/Vendió vehículo electrico? (Año pasado) (Favor proveer contrato de compra/venta)	Sí	No
3.	Compró/Vendió vehículo? (Año pasado) (Favor proveer contrato de compra/venta)	Sí	No
4.	Compró/Vendió casa(s) de Primaria ó de Renta? (Favor proveer documento de gastos de cierre)	Sí	No
5.	Tiene Casa(s) de Renta? (Favor de proveer documentos correspondientes a la propiedad, ingreso/gastos)	Sí	No

Notas:

DEPOSITO DIRECTO:	CHEQUES _____	AHORROS _____
Banco: _____	#Ruta: _____	#Cuenta: _____
<p>POLÍTICA DE PRIVACIDAD: TODA LA INFORMACIÓN PERSONAL Y BANCARIA SE UTILIZARÁ SOLO PARA COMPLETAR SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS. NO SE VA A COMPARTIR NINGUNA INFORMACIÓN PERSONAL/BANCARIA CON NINGÚN TERCERO, EXCEPTO CUANDO LO REQUIERA LA LEY. TODOS LOS REGISTROS SE MANTIENEN CONFORMES A LAS REGULACIONES FEDERALES PARA PROTEGER SU INFORMACIÓN PERSONAL CONTRA DEL USO NO AUTORIZADO.</p>		

LICENCIA/IDENTIFICACIÓN:

Numero: _____	Estado: _____	Emitida: _____	Exp: _____
Numero: _____	Estado: _____	Emitida: _____	Exp: _____

PIN DE PROTECCIÓN DE IDENTIDAD EMITIDO POR IRS:

PIN DE PROTECCIÓN DE IDENTIDAD (PRIMARIO):	SÍ _____	NÓ _____	PIN: _____
PIN DE PROTECCIÓN DE IDENTIDAD (ESPOS(A)(O):	SÍ _____	NÓ _____	PIN: _____

PAGAR SERVICIO DE DECLARACIÓN DEL REEMBOLSO CARGOS APLICAN: Sí _____ No _____					
SYSTEMA DE PAGOS ELECTRONICOS PRODUCTO BANCARIO (EPS)					
Metodo de Pago:	Efectivo	Credito	Debito	Cheque	Cantidad Recibida: \$ _____
Numero de Tarjeta: _____	Exp: _____	Cvc: _____	Billing Zip: _____		

Yo(nosotros) ceritifico que toda la información presentada para la declaración de impuestos (incluyendo información de negocios y casas de renta) esta complete, exacta, y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Declaraciones de impuestos no seran procesadas sin firmas de autorización del cliente(s).

(Contribuyente)

(Spouse)