

ASSISTENCIA

NOMBRE DEL NIÑO(A)	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	DIAS TOTAL X AÑO X NIÑO	GASTO TOTAL X AÑO
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
	DIAS DE TODO EL AÑO: 365													
	DIAS FESTIVOS:													
	SABADOS:													
	DOMINGOS													
	VACACIONES Y ENFERMEDAD:													
	DIAS HABLES:													

ESTRATEGIA & MOLINA
— SERVICES & IMMIGRATION —

?%

ALGUNOS GASTOS DEDUCIBLES---- hasta 2016
ENFOCADOS A DAY CARE EN SU CASA

Cuantos días trabaja EN la semana(5,6,7,)___ cuantas semanas(52,36,34)_____ Medidas totales de la casa (no incluye patio): _____

Cuantos días cerro incluyendo vac. _____

Cuantas Horas al día trabaja: _____

Medidas totales que se usan exclusivamente _____ y parcialmente _____

DESCRIPCION DE GASTOS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
1) UTILIDADES													
a) agua (ciudad)													
b) gas y electricidad													
c) colector basura y ó drenage													
d) telefono locales(solo 2nd.Linea)													
e) Internet													
f) Cox Cable													
2) EQUIPO													
a) muebles/appliance (C/fecha y costo)													
b) VCR/DVD/BLUERAY													
c) tv													
d) sistema de seguridad													
3) MANTENIMIENTO													
a)Reparaciones, mantenimiento de paredes etc.													
b) jardineria Forma 1099 Misc.+\$600.00													
c) limpieza Forma 1099 Misc.+\$600.00													
d) Productos limpieza del hogar													
4) RENTA													
a) casa ó departamento													
5) PROPIEDAD													
a) morgage (hipoteca) 1098-Int.													
b) aseguranza casa													
c) aseguranza medica personal													
d) aseguranza medica/negocio													
e) tax de la casa													
f) mejoras permanentes (adiciones a su casa)													
6) OTROS GASTOS NO ENLISTADOS													
a)													
b) _____													
c)													
d)													

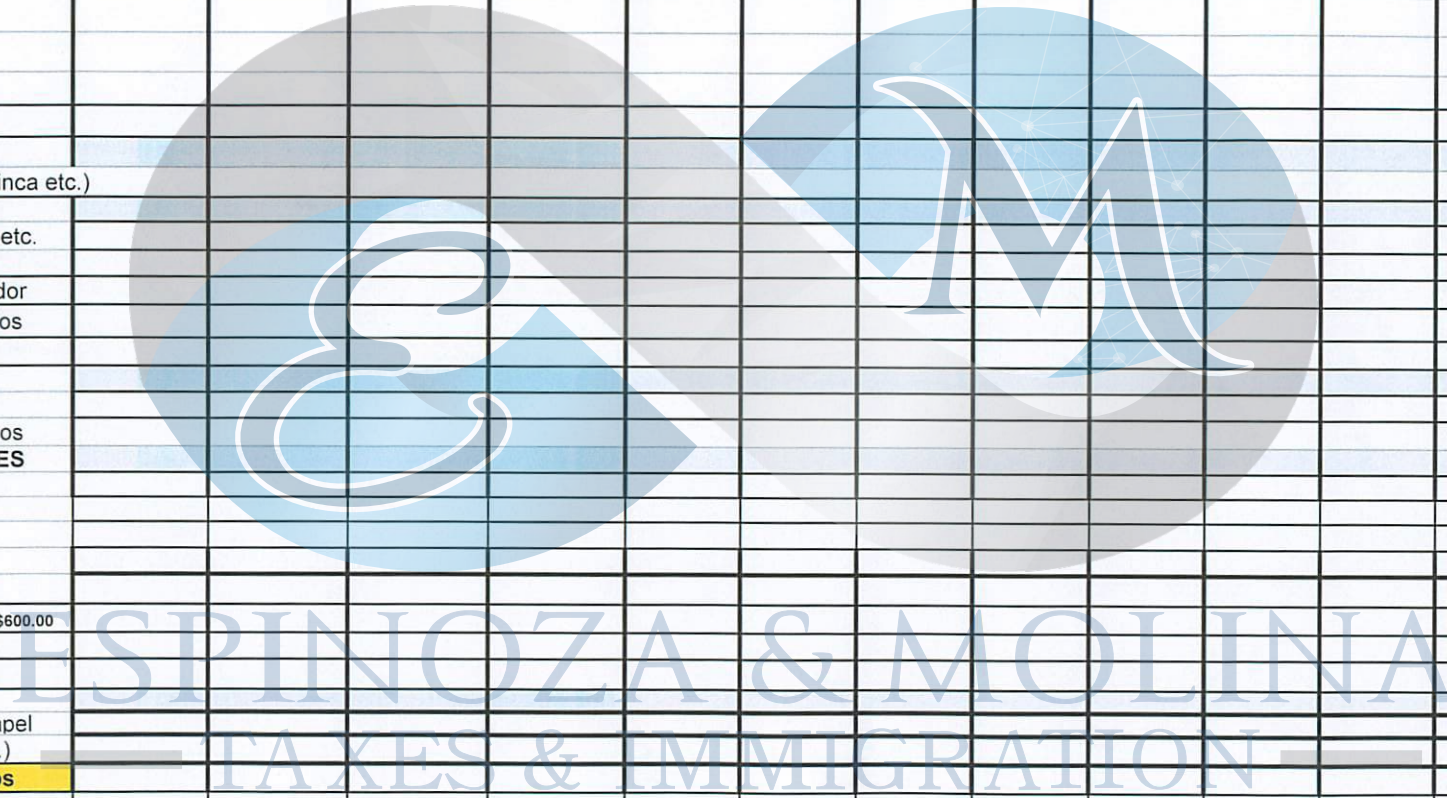
ESPINOZA & MOLINA
— TAXES & IMMIGRATION —

100%

ALGUNOS GASTOS DEDUCIBLES

ENFOCADOS A DAY CARE EN SU CASA. TALVEZ USTED TENGA OTROS SOLO ENLISTE SUS GASTOS

DESCRIPCION DE GASTOS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
7) EDUCACION PROPIA													
a) membrecias(<i>costco,revistas educacinales</i>)													
b) seminarios/educacion continua													
c) clases especiales (cpr etc.)													
8) MATERIAL DIDACTICO													
a) papeleria (cuadernos colores etc.)													
b) videos peliculas de video													
c) juegos de videos etc.													
d) jugetes varios y baterias													
9) AGUA (BEBER/TOMAR)													
10) RENTA EQUIPO													
a) juegos (payasos,brinca,brinca etc.)													
11) MUEBLES PARA NIÑOS													
a) cunas, corralitos, mesitas, etc.													
b) car-seat													
c) detector de Humo/extinguidor													
d) candados a prueba de niños													
12) DECORACIONES													
13) RECREACION													
a) paseos (field trips)													
b) fiestas cumpleaños de niños													
14) GASTOS PROFESIONALES													
a) licencias de profesion													
b) consultas profesionales													
c) INSPECCION BOMBEROS													
d) huellas													
e) prep. de impuestos													
e) sub-contratistas p/negocio-1099MISC.+\$600.00													
f) nomina/payroll													
g) bookkeeping													
15) SUPPLIES VARIOS													
a) platos,vasos de carton, papel													
b) plasticos (tupperware, etc.)													
c) productos de higiene-niños													
d) SET PRIMEROS AUXILIOS													
e) pampers, toallitas para bebe													
16) OTROS GASTOS													
a) celular solo-neg.Y c/log													
b) aseguranza del negocio													
c) equipo de oficina													
d) suplies para oficiana													
e) publicidad para el negocio													
f) tarjetas de presentacion													
g) cargos del banco del negocio													
h) intereses de tarjeta de credito del negocio													



VEHICLE, TRAVEL & ENTERTAINMENT EXPENSES

CLIENT _____

TAX YEAR _____

BUSINES OF:

The purpose of this worksheet is to help you organize your tax deductible business expenses. In order for an expenses to be deductible, it must be considered an "ordinary" expense. You may include other applicable expenses. Do not include expenses for which you have been reimbursed, expect to be reimbursed, or are reimbursable.

Vehicle Expense	
Description of vehicle	
Date placed in service	

Odometer reading beginning of year <u>01/01/20</u>	
Odometer reading end of year <u>12/31/</u>	
Total Miles OF THE YEAR-# 1	
Business Miles-# 2	
Other Miles	
Daily average round-trip others	
Personal miles	
Is car leased?	Yes _____ No _____
Is car owned (or financed)	Yes _____ No _____
Was this vehicle depreciated in a prior year?	Yes _____ No _____
Gas, lube, oil	
Repairs & Maintenance	
Tires	
Towing	

OTHER INFORMATION

Vehicle Expense	
Insurance	
Auto license/reg	
Personal property tax	
Lease payments	
Interest	
Auto club	
Warranty	
Smog Certificate	
Other _____	
Other _____	
Total	

Travel & Entertainment Expense	
Airfare, train	
Car rental & gas	
Parking, tolls	
Taxi, bus shuttles	
Lodging	
Meals	
Entertainment	
Tips	
Telephone	
Dry Cleaning	
Number of days out of town	
Other _____	
Other _____	
Total	

SIGNATURE X _____

Date X _____



BUSINESS USE OF HOME MEASURING EXAMPLE

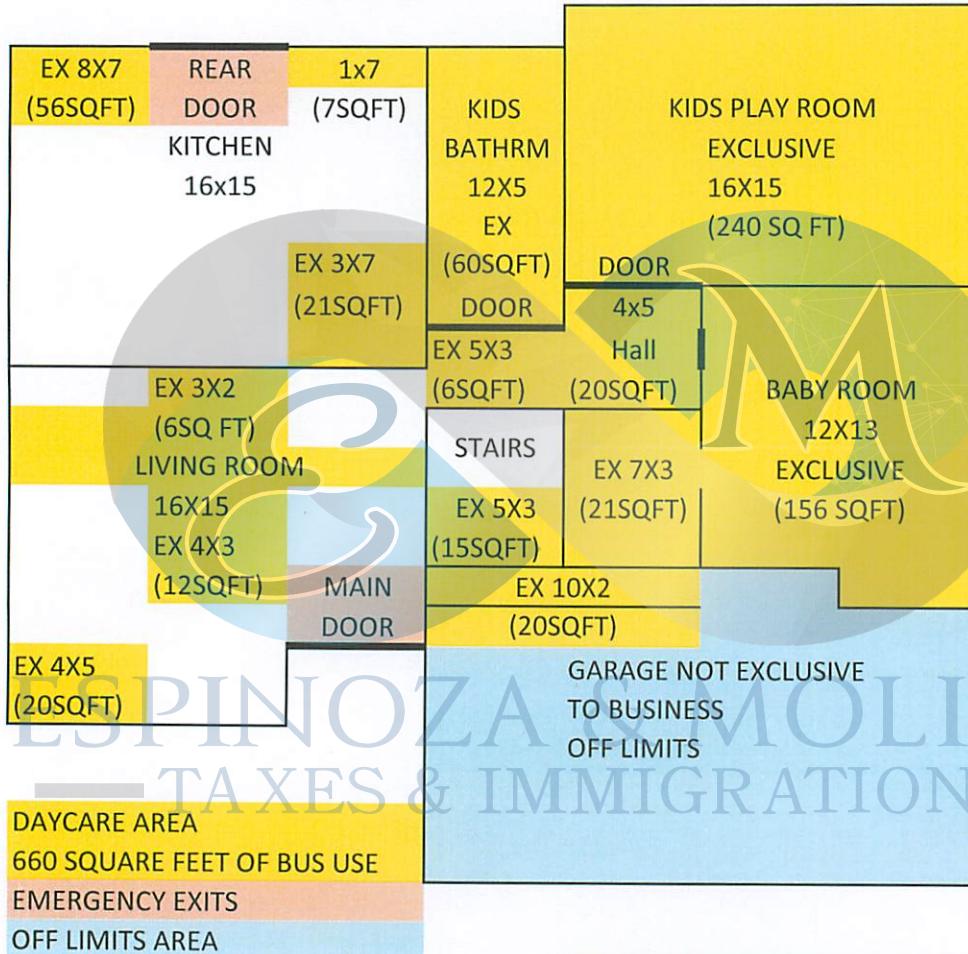
(PRIOR EXCLUSIVE USE 630SQFT)

1840 SQUARE FEET OF IMPOROVEMENT

660 SQUARE FEET OF IMPOROVEMENT FOR BUSINESS EXCLUSIVE USE

(EX) EXCLUSIVE USE

1ST FLOOR



2ND FLOOR

