Ficha de Datos del Cliente

Nombre _____	Nombre del cónyuge _____
Ocupación _____	Ocupación _____
SSN _____ Nacimiento _____	SSN _____ Nacimiento _____
Dirección _____	Ciudad _____ Estado _____
Codigopostal _____ Teléfono _____	Teléfono alternativo _____
Correo electrónico _____	

Dependientes: Primero, Medio, Apellido	Nacimiento	Dependientes SSN	Relación con el Contribuyente	Meses vividos en tu casa

MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN

- Alguien más puede reclamarle como dependiente*
- Usted y su cónyuge vivieron separados durante el año*
- Usted detallado el año pasado a su regreso.*
- Vendiste Bienes Raíces el año pasado.*
- Usted compró un vehículo de motor nuevo y pagó el impuesto estatal o local sobre las ventas.*
- Pagó los impuestos federales o estatales estimados el año pasado.*
- Usted usó su vehículo personal para trabajar y no se le reembolsó. (No compruebe si acaba de viajar diariamente*
- Pagó impuestos estatales y locales de bienes raíces el año pasado.*

MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN

☐ <i>Declaración salarial – W-2's</i> ☐ <i>1099</i> ☐ <i>Educación / Gastos Escolares</i> ☐ <i>Impuesto sobre la Propiedad</i> ☐ <i>Union Dues</i> ☐ <i>Ingresos de la Seguridad Social</i>	☐ <i>Stock vendido o bono</i> ☐ <i>Desempleo recibido</i> ☐ <i>Bienes Raíces Propios</i> ☐ <i>Consejos u otros ingresos</i> ☐ <i>Gastos médicos</i> ☐ <i>Interés recibido</i>	☐ <i>Intereses hipotecarios</i> ☐ <i>Pensión / Ingresos de Jubilación</i> ☐ <i>Gastos de preparación de impuestos</i> ☐ <i>Dividendos recibidos</i> ☐ <i>Ingresos Agrícolas</i> ☐ <i>Gastos de mudanza</i>

☐ Robo o pérdida significativos	☐ Poseer un negocio / autoempleo	☐ IRA
☐ Pensión alimenticia	☐ Contribuciones benéficas	
☐ Ganancias/pérdidas de juegos de azar	☐ Tasas de preparación de impuestos	

Información sobre el seguro médico

¿Recibió un 1095A para este año fiscal actual? _____

Información del Proveedor de Cuidado Infantil

(Proporcione esta información para cada proveedor de cuidado infantil que tuvo el año pasado. Utilice la parte posterior de esta hoja si necesita espacio adicional.)

Nombre del(los) dependiente(s) que recibió cuidado de niños _____

Nombre del proveedor _____ Proveedor EIN/SSN _____

Dirección del proveedor _____

Teléfono del proveedor _____ Monto pagado al proveedor _____

Información diversa

Información de depósito de reembolso

¿Cómo le gustaría que se depositara su reembolso de impuestos

☐ Comprobar		
☐ Tarjeta de débito		
☐ Depósito directo	Número de ruta _____	Número de cuenta _____

_____ **¿Desea solicitar nuestro adelanto en efectivo de reembolso? (Recibir hasta \$6000 en 24 - 48 horas.) Pueden aplicarse cargos por intereses.**

CERTIFICO QUE ME GUSTA MI DEVOLUCION DE IMPUESTOS PREPARADA DE ACUERDO CON LA INFORMACION PROPORCIONADA ANTERIORMENTE.

FIRMA DEL CONTRIBUYENTE _____ Fecha _____

FIRMA DEL CÓNYUGE _____ Fecha _____