



Hoja de Entrevista y Revisión de Calidad

AÑO:

Parte I-Datos Personales

1. Su nombre / Inicial / Apellido(s)	Numero de Social/ITIN	Correo electrónico	Ciudadano	Residente	Número de teléfono
2. Su fecha de nacimiento	Su ocupación		Estudiante	Incapacitado T o P	Ciego o débil visual
3. Dirección Actual		Núm. Apto.	Ciudad	Estado	Código postal
4. Nombre de cónyuge / Inicial / Apellido(s)	Numero de Social/ITIN	Correo electrónico	Ciudadano	Residente	Número de teléfono
5. Fecha de nacimiento de su cónyuge	Ocupación del cónyuge		Estudiante	Incapacitado T o P	Ciego o débil visual

Parte II – Estado Civil e información sobre la unidad familiar

Al 31 de Diciembre	Soltero(a)_____	(Esto incluye uniones domésticas registradas, uniones civiles u otras relaciones formales según la ley estatal)
	Casado(a)_____	a. ¿Vivió con su cónyuge en cualquier momento durante los últimos 6 meses? sí ☐ no ☐ b. ¿Se recone su matrimonio según las leyes del/(de los) estado(s) donde presenta su declaración de impuestos? ☐ sí ☐ no
	Divorciado/ Legalmente Separado(a)_____	Fecha del fallo final de divorcio o del acuerdo de manutención por separación: _____
	Viudo(a)_____	Año de fallecimiento del cónyuge: _____

Identifique a continuación:

Toda persona que vivió con usted el año pasado y toda persona que usted mantuvo, pero que no vivió con usted.

No incluya su nombre o el de su cónyuge

Nombre y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Numero de Social/ITIN	Estudiante	Incapacitado T o P	# meses vividos C/usted

Parte III – Ingresos – El año pasado, recibió usted (o su cónyuge)

W-2 _____	1098-T _____	1099R _____	OTROS _____
1099 MISC _____	1099G _____	W-2G _____	
1099INT _____	1099S _____	ANEXO K-1 _____	
1099 DIV _____	1099B _____		

Parte IV – Gastos – El año pasado, pagó usted (o su cónyuge)

___Gastos de educación postsecundaria pagados para usted, su cónyuge o sus dependientes (Forma 1098-T)

___Gastos médicos (incluyendo primas de seguro de salud)

___Intereses hipotecarios de vivienda (Forma 1098)

___Gastos por el cuidado de menores y dependientes, tales como servicios de guardería

___Gastos relacionados con los ingresos del trabajo por cuenta propia u otro ingreso que usted recibió

OTROS _____

Parte V – Acontecimientos Importantes en la Vida – El Año Pasado, Usted (o su Cónyuge)

___Tuvo una deuda hipotecaria o de tarjeta de crédito que el prestamista comercial le canceló/condonó (Formas 1099-C, 1099-A)

___Compró, vendió o tuvo una ejecución hipotecaria (COD, por sus siglas en inglés) de su vivienda (Formas 1099-A)

___Le fue denegado en un año anterior el crédito por ingreso del trabajo (EIC, por sus siglas en inglés)? Si contestó afirmativamente, ¿En qué año tributario? _____

___Pagó intereses sobre un préstamo para estudios (Formas 1098-E)

___Efectuó pagos de impuestos estimados o aplicó el reembolso del año anterior a sus impuestos del año en curso Si contestó afirmativamente, ¿cuánto? \$ _____

OTROS _____

Parte VI: Cobertura de Cuidado de Salud

1. ¿Tenía la cobertura de cuidado de salud para usted, su cónyuge y todos los dependientes calificados? SI _____ NO _____

a. ¿A través del Mercado de Salud? Formulario (1095-A) SI _____ NO _____

****Si usted tiene derecho a un reembolso, le gustaría recibirlo:**

___Depósito directo Nombre del Banco: _____ Núm. Cuenta: _____ Núm. Ruta: _____

___Cheque Directo IRS

Información que compartimos de nuestros clientes

Nosotros no revelamos ninguna información personal sobre nuestros clientes actuales o anteriores a nadie fuera de nuestra organización, como esta establecido por la ley o con su consentimiento escrito explícito

Bajo IRC 6713, y el IRC 7216 no podemos revelar información de la declaración de impuestos sin el consentimiento de los contribuyentes escrito.

Declaración Jurada

Declaro que la información que he proporcionado es verdadera y correcta. Con esta información se procederá con la preparación de mi/nuestra declaración de impuestos. Certifico que las cantidades reflejadas en mi planilla son gastos incurridos por el negocio, son verídicas y pueden ser respaldadas en cualquier momento con los respectivos recibos en caso de una auditoria. También, entiendo que debo guardar los recibos por lo menos 4 años. Por último, entiendo que soy (el cliente) responsable de impuestos, penalidades e intereses que el gobierno cobre en caso de una auditoria por no poder comprobar los gastos e ingresos documentados en este cuestionario.

FIRMA DEL CONTRIBUYENTE PRINCIPAL

FECHA

USO DE LA OFICINA

Nombre del Preparador

PTIN

FIRMA DEL CONYUGE

FECHA