



Cuestionario de Impuestos Personal

Nombre Del Contribuyente:			
Numero De Seguro Social:		Fecha De Nacimiento:	
Nombre De Cónyuge:			
Numero De Seguro Social:		Fecha De Nacimiento:	
Ocupación:		Ocupación De Conyuge:	
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	
		Codigo Postal:	
Teléfono:		Teléfono de Trabajo:	
E-Mail:			
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Casado Llenando Separadamente <input type="checkbox"/> Cabeza de familia <input type="checkbox"/> Viudo (a)		
Cómo se enteró acerca de nosotros?			

Dependientes				
Nombre: (Primero, Segundo, Apellido)	Relación	Número Del Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Meses Vivió en Casa

Marque todas las que apliquen en el siguiente.

Ingresos

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> W-2s | <input type="checkbox"/> 1099s | <input type="checkbox"/> IRAs |
| <input type="checkbox"/> Venta Bonos o Acciones | <input type="checkbox"/> Subsidio De Desempleo | <input type="checkbox"/> Pension Alimenticia |
| <input type="checkbox"/> Venta de Hogar | <input type="checkbox"/> Propiedad Alquilada | <input type="checkbox"/> Intereses |
| <input type="checkbox"/> Dividendos | <input type="checkbox"/> Pension O Retiro | <input type="checkbox"/> Seguro Social |
| <input type="checkbox"/> Trabajo Por Cuenta Propia | <input type="checkbox"/> Propina/Otra Ganancias | <input type="checkbox"/> Ingreso de fincas |
| <input type="checkbox"/> Ingreso Del Hogar | <input type="checkbox"/> Loteria O Ganacias de Juegos | <input type="checkbox"/> Ingresos de Compania |

Deducciones

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Impuesto de Propiedad | <input type="checkbox"/> Cuotas De Sindicato | <input type="checkbox"/> Gastos De Mudanza |
| <input type="checkbox"/> Gasto Medico | <input type="checkbox"/> Gastos Relacionado Al Trabajo | <input type="checkbox"/> Gastos De Educacion |
| <input type="checkbox"/> Interes de Hipoteca | <input type="checkbox"/> Perdidad O Alzo | <input type="checkbox"/> Gasto de Preparacio de Impuesto |
| <input type="checkbox"/> Donaciones O Contribuciones | <input type="checkbox"/> Ahorro de Retiro | <input type="checkbox"/> Puntos De Hipoteca |



Cuestionario de Impuestos Personal

Credito de Impuestos de Niños	
Esta reclamando un niño para crédito de impuestos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Eres el pariente biológico de el niño?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tienes custodia de el niño?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si usted es el padre donde está el otro padre?	
Si no es el padre porqué no estan reclamando el niño los padres?	
Si no es el padre biológico donde estan los padres de el niño?	
Trabaja su cónyuge?	
Cuanto gana su cónyuge?	
Usted recibe alguna de lo siguiente:	<input type="checkbox"/> Cupones de Alimento <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Manutención de Menores <input type="checkbox"/> Sección 8 <input type="checkbox"/> Otro
Quién cuida el niño mientras esta trabajando?	
Información de el Cuidado Infantil	
Nombre de proveedor:	Número de identificación:
Dirección de proveedor:	Teléfono:
Ciudad, Estado, Codigo Postal:	Cantidad pagado al proveedor:

Gastos Escolar			
Nombre de instituto:		Teléfono:	
Dirección:		Ciudad, Estado, Codigo Postal:	
Para la siguiente parte indique el costo estimado en dólares.			
Matrícula pagado:		Suministros comprado:	
		Equipo comprado:	
Persona (s) atendiendo:	<input type="checkbox"/> Contribuyente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente: _____		

Estados Complementarios	
Usted/cónyuge esta delincuente sobre manutención de los hijos, préstamos estudiantiles, préstamos de la SBA, o cualquier otro préstamo federal?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No



Cuestionario de Impuestos Personal

Usted/cónyuge tiene deudas con el IRS?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--	---

Otras Fuentes de Ingresos
Recibió usted alguna de las siguientes fuentes de ingresos:
<input type="checkbox"/> Trabajo Por Cuenta Propia <input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> 1120 <input type="checkbox"/> 1120S <input type="checkbox"/> 1065 <input type="checkbox"/> 1099 Receptor
Si marcó cualquiera de las casillas anteriores, por favor rellene el siguiente Renta de Empresas y Formulario de Gastos.

Ingresos y Gastos de Negocios			
Negocio Pricipal o Profesión:			
Dirección de negocio:			
Ciudad, Estado, Codigo Postal:		Número de identificación de Empleador:	
Negocio propiedad de:	<input type="checkbox"/> Contribuyente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Ambos	Método de Contabilidad:	<input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Accrual

Por favor incluya cálculos de cómo se llegó a las cifras de ingresos y gastos.

<u>Ingresos</u>	
Recibo Total:	
Devoluciones y Previsión:	
Costo de Ventas:	
Ganancias:	

<u>Gastos</u>	
Publicidad:	
Gastos Automóviles y Camiones:	
Comisiones y Honorarios:	
Mano de Obra Contratada:	
Depreciación:	

Cuestionario de Impuestos Personal

Seguro:	
Servicios legales y profesionales:	
Gastos de Oficina:	
Alquiler o Arrendamiento Financiero de Equipos/Terreno:	
Reparación/Mantenimiento:	
Suministros:	
Impuestos y Derechos de Licencia:	
Viaje:	
Comidas y Entretenimiento:	
Empresas de Sevicios Públicos:	
Salario:	
Otros:	

Información Bancaria	
Nombre de Banco:	
Número de Ruta:	
Número de Cuentas:	

Yo certifico que me gustaría que mis impuestos preparada de acuerdo con la información que he proporcionado anteriormente.

Firma de Contribuyente:		Fecha:	
Firma de Cónyuge:		Fecha:	