



OBLIGATORIO:

TARJETAS DE SEGURIDAD SOCIAL o carta de **Número de Identificación Fiscal Individual** (ITIN). (Por **TODAS las** personas que figuran en la declaración - incluye cliente, cónyuge y dependientes).

IDENTIFICACIÓN CON FOTO (licencia, pasaporte, Tarjeta de Extranjero Residente, Identificación del registro, etc.). - Si presenta conjuntamente **TANTO** el contribuyente como el cónyuge deben proporcionar una identificación.

Formulario de admisión (Formulario 13614-C)

Formulario de Consentimiento Virtual (Formulario 14446)

INGRESOS: (Por favor traiga todo lo que corresponda)

- Salarios o Salario - (Formulario W-2)
- Ingresos por propinas
- Becas - (Formularios W-2, 1098-T)
- Intereses/Dividendos de: cuentas corrientes/de ahorro, bonos, CD, corretaje - (Formularios 1099-INT, 1099-DIV)
- Reembolso de impuestos estatales/locales sobre la renta - (Formulario 1099-G)
- Ingresos por pensión alimenticia o pagos de manutención separados
- Ingresos del trabajo por cuenta propia - (Formulario 1099-MISC, efectivo)
- Pagos en efectivo/cheque por cualquier trabajo realizado no reportado en los Formularios W-2 o 1099
- Ingresos (o pérdidas) de la venta de acciones, bonos o bienes raíces (incluida su casa) - (Formularios 1099-S, 1099-B)
- Ingresos por discapacidad - (como pagos de seguro o compensación de trabajadores)- (Formularios 1099-R, W-2)
- Ingresos de jubilación o pagos de pensiones. Anualidades, y/o IRA - (Formulario 1099-R)
- Compensación por desempleo - (Formulario 1099G)
- Beneficios de Jubilación del Seguro Social o Ferrocarril - (Formularios SSA-1099, RRB-1099)
- Ingresos (o pérdidas) de la propiedad de alquiler
- Otros ingresos - (juegos de azar, lotería, premios, premios, deber de jurado, Anexo K-1, regalías, ingresos extranjeros, etc.) (Especifique)

GASTOS: (Por favor traiga todo lo que corresponda)

- Pensión alimenticia o pagos de mantenimiento separados: en caso afirmativo, ¿tiene el SSN del destinatario?
- Contribuciones a una cuenta de jubilación - IRA, 401K, Roth IRA, Otros
- Gastos de educación universitaria o postsecundaria para usted, cónyuge o dependientes - (Formulario 1098-T)
- Deducciones – Médicos y Dentales (Tiene que ser 7.5% de AGI) Interés Hipotecario (Formulario 1098) Impuestos (Estado, Bienes Raíces, Bienes Personales, Ventas) Contribuciones Caritativas
- Gastos de cuidado de niños o dependientes, como guardería (Nombre del proveedor, dirección y número de identificación fiscal)
- Gastos del educador / maestro – (por ejemplo, suministros para el aula, libros, etc...)
- Gastos relacionados con los ingresos del trabajo por cuenta propia o cualquier otro ingreso que haya recibido
- Interés del préstamo estudiantil - (Formulario 1098-E)

EVENTOS DE LA VIDA: (Por favor traiga todo lo que corresponda)

- Cuenta de Ahorros para la Salud (HAS) - (Formularios 5498-SA, 1099-SA, W-2 con el código W en la casilla 12)
- Deuda de tarjeta de crédito o hipoteca cancelada / perdonada por un prestamista o tener una ejecución hipotecaria de la casa - (Formularios 1099-C, 1099-A)
- Adopción de niños
- Crédito por Ingreso del Trabajo, Crédito Tributario por Hijos o Crédito por Oportunidad Americana **no permitido en un año anterior** - En caso afirmativo, ¿para qué año fiscal?
- Artículos para el hogar de bajo consumo comprados e instalados (como ventanas, hornos, aislamiento, etc.)
- Vivir en un área que fue declarada área de desastre federal - En caso afirmativo, ¿dónde?
- Recibió el crédito por primera vez para compradores de vivienda en 2008
- ¿Hizo pagos de impuestos estimados o aplicó el reembolso del año pasado al impuesto de este año? Si es así, ¿cuánto?
- Presente una declaración federal el año pasado que contenga un "arrastré de pérdida de capital" en el Formulario 1040 Anexo D
- Recibió una carta del IRS – (Podría requerir un PIN para presentar electrónicamente)

COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA: (Por favor traiga todo lo que corresponda)

- Seguro de Intercambio del Mercado (Conector de Salud) – (Formulario 1095-A)
- (a). Si corresponde, ¿se hicieron pagos de crédito por adelantado para ayudar a pagar las primas de atención médica?
- (b). En caso afirmativo, ¿todas las personas que figuran en el Formulario 1095-A se reclaman en esta declaración de impuestos?
- Cobertura de seguro de salud – (Formulario 1099 HC o Formulario 1095-B) O
- Nombre del seguro de salud: _____
- Meses cubiertos (Cliente): JAN – FEB – MAR – APR – MAY – JUN – JUL – AUG – SEPT – OCT – NOV – DEC
- Meses cubiertos (cónyuge si MFJ): JAN – FEB – MAR – APR – MAY – JUN – JUL – AUG – SEPT – OCT – NOV – DEC
- Certificado del Mercado – (Si Se Aprueba para la Exención de Cobertura de Salud)
- **Renta Mensual 2022:** _____

Para depósito directo:

- **Nombre del banco - Ruta bancaria / ABA - Número de cuenta** - (Indique si la cuenta es una cuenta de **cheques** o de **ahorros**) (Si es posible, incluya una copia de un cheque anulado o una tarjeta de cuenta de ahorros proporcionada por su institución financiera)

NOTA: Solo se aceptarán **copias** de la documentación – Por favor, **no** incluya ningún original
Dejar en 17 Kirk St., Lowell MA 01852
Sábados entre las 9 AM y las 12 PM