

Cuestionario de clientes recurrentes

FECHA COMPLETADA _____

Por favor, complete cada sección lo mejor que pueda, antes de entregar este cuestionario a su preparador fiscal:

| INFORMACIÓN DEL CONTRIBUYENTE | | | SECCIÓN 1 |
|-------------------------------|--------|--------------------|-----------|
| Apellido | Nombre | Número de teléfono | |
| Correo electrónico | | | |

| CAMBIO DE DIRECCIÓN | | | SECCIÓN 2 |
|---|---|------------------------------|-----------|
| <i>Si se mudó el año pasado, complete esta sección. Si no, omita y pase a la sección 3.</i> | | | |
| Dirección | N.º de apartamento | | |
| Ciudad | Estado | Código postal | |
| ¿Compró/vendió una casa el año pasado? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fecha de cambio de dirección | |
| <i>En caso afirmativo, incluya una copia de su formulario de divulgación de cierre.</i> | | | |

| CAMBIOS MATRIMONIALES Y FAMILIARES | | | SECCIÓN 3 |
|---|------------------------------------|--|--|
| <i>Si tuvo algún cambio matrimonial o familiar en el último año, complete esta sección. Si no, omita y pase a la sección 4.</i> | | | |
| Seleccione la opción que mejor describa su estado civil | <input type="checkbox"/> Casado(a) | <input type="checkbox"/> Divorciado(a) | <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) |
| | Fecha de cambio de su estado civil | | |
| ¿Hubo nacimientos/ adopciones en su familia inmediata el año pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| Nombre del menor | Fecha de nacimiento | Número de seguro social | |
| ¿Alguna muerte o fallecimiento en su familia inmediata el año pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| Nombre del difunto | Fecha de Fallecimiento | Número de seguro social | |

| INFORMACIÓN DE INGRESOS | | SECCIÓN 4 |
|---|---|-----------|
| <i>Marque las categorías de ingresos que recibió el año pasado.</i> | | |
| <input type="checkbox"/> Salarios (Incluye W-2) | <input type="checkbox"/> Compensación por Desempleo (Incluye 1099-G) | |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses (Incluye 1099-INT) | <input type="checkbox"/> Ganancias de juegos de azar (incluye W2-G) | |
| <input type="checkbox"/> Dividendos (Incluye 1099-DIV) | <input type="checkbox"/> Contratista Independiente (Incluye 1099-NEC/MISC.) | |
| <input type="checkbox"/> Ventas de Inversiones (Incluye 1099-B) | <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler (Incluye 1099-MISC. o Soporte) | |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social (Incluye SSA-1099) | <input type="checkbox"/> Recibo/Ventas de Activos Digitales/Criptomonedas | |
| <input type="checkbox"/> Otros Ingresos: | | |

| INFORMACIÓN DE JUBILACIÓN Y ATENCIÓN MÉDICA | | | SECCIÓN 5 |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------|
| ¿Usted o su cónyuge recibieron pagos o distribuciones de un plan de jubilación (como una pensión/401K/IRA) el año pasado? ¿O planeas hacerlo este año? En caso afirmativo, adjunte el Formulario 1099-R. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Recibió una distribución anticipada de un plan de jubilación para pagar facturas médicas, para la universidad o para comprar una casa? Si seleccionó sí, indique el motivo: _____ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Compró un seguro de salud en el mercado? De ser así, adjunte el Formulario 14095-A. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Participó en una cuenta de ahorros para la salud (HSA) el año pasado? En caso afirmativo, adjunte los formularios 1099-SA y 5498-SA. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |

INQUILINOS

SECCIÓN 6

¿Alquiló un hogar el año pasado? Sí No*De ser así, y el ingreso total de su hogar fue menos de \$63,000, responde a las siguientes preguntas:*

Nombre y dirección del arrendador

Alquiler mensual pagado el año pasado

Número total de meses en los que alquilo

CUIDADO DE NIÑOS Y DEPENDIENTES

SECCIÓN 7

¿Pagó gastos de cuidado de niños o dependientes el año pasado para un niño menor de 13 años o costos para cuidar a una persona discapacitada?

 Sí No*En caso afirmativo, complete las siguientes secciones:*

Nombre del proveedor de cuidado infantil

EIN del proveedor/Número de Seguro Social

Dirección del proveedor

Total pagado al proveedor

DEDUCCIONES FISCALES

SECCIÓN 8

Por favor marque sus deducciones de impuestos aplicables para el año pasado. Matrícula universitaria (Incluye 1098-T) Intereses Hipotecarios (Incluye 1098) Interés de préstamo estudiantil (Incluye 1098-E) Recibos de contribuciones benéficas Aportes al Plan Educativo 529 Pérdidas de juego (debe haber recibido ganancias) Mejoras de eficiencia energética en el hogar Compra de Vehículo(s) Eléctrico(s) Tarifas de registro de vehículos (indique los totales) _____ Gastos médicos no reembolsados (si el monto total supera el 7.5 % de sus ingresos) Otro:**INFORMACIÓN DE LA DECLARACION**

SECCIÓN 9

¿Recibió un número PIN de protección de identificación del IRS de 6 dígitos? Puede verificar si se le emitió un PIN visitando su cuenta en línea del IRS.

 Sí No

El IRS puede depositar reembolsos directamente en hasta (3) cuentas de contribuyentes. Si va recibir un reembolso, ¿preferiría que sus fondos se depositaran directamente?

 Sí No*En caso afirmativo, confirme que la cuenta bancaria proporcionada en su declaración de impuestos anterior sigue siendo válida. De lo contrario, ingrese una cuenta actualizada a continuación:*

Nombre del banco

Número de ruta

Número de cuenta

Tipo de Cuenta

(Ahorro / Corriente / Otro)

OTRA INFORMACIÓN, COMENTARIOS, PREGUNTAS