

Programa de Preparacion de Impuestos/Hoja de Entrevista

Contribuyente Primario

SSN/ITIN \_\_\_\_\_

Para ITINs, se ha utilizado en los impuestos de los ultimos tres años? S/N

Para ITINs con 70, 71, 72, 78, 79, u 80 de enmedio, ya se renovo? S/N

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Profesion \_\_\_\_\_ ¿Es usted Ciudadano de EUA? S / N Fecha de Fallecimiento \_\_\_\_\_

Numeros de Tel.

¿Esta usted en EUA con una Visa? S / N Si es si (S) favor circule que tipo de visa. F/ J / M / Q / Otra

Dia \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_ Noche \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_ IP PIN \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_ Mejor Numero para Llamar Dia/Noche/Celular Mejor Tiempo para Llamar \_\_\_\_\_ Preferencia (circular) Llamada Texto

Correo Electronico \_\_\_\_\_ Si esta persona fue un estudiante, fue de.....Tiempo Completo/Medio Tiempo/menos de Medio-tiempo

Conyuge

SSN/ITIN \_\_\_\_\_

Para ITINs, se ha utilizado en los impuestos de los ultimos tres años? S/N

Para ITINs con 70, 71, 72, 78, 79, u 80 de enmedio, ya se renovo? S/N

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Profesion \_\_\_\_\_ ¿Es usted Ciudadano de EUA? S / N Fecha de Fallecimiento \_\_\_\_\_

Numeros de Tel.

¿Esta usted en EUA con una Visa? S / N Si es si (S) favor circule que tipo de visa. F/ J / M / Q / Otra

Dia \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_ Noche \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_ IP PIN \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_ Mejor Numero para Llamar Dia/Noche/Celular Mejor Tiempo para Llamar \_\_\_\_\_ Preferencia (circular) Llamada Texto

Correo Electronico \_\_\_\_\_ Si esta persona fue un estudiante, fue de.....Tiempo Completo/Medio Tiempo/menos de Medio-tiempo

Direccion de Correo

Calle \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

¿Se mudo durante el año tributario? S / N Si es Si, se mudo por su trabajo, o un trabajo nuevo? S / N Usted cambio su direccion con el/la Oficina Postal / IRS / Ninguno

Residencia Estado / Condado / Distrito Escolar 12/31/TY

Estado \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Distrito Escolar \_\_\_\_\_

El 31 de Diciembre de el año fiscal usted estaba:

- ☐ Soltero(a) (Nunca se ha casado o en una sociedad domestica registrada, union civil, u otra relacion no matrimonial.)
☐ Casado(a) ¿Se caso durante el año tributario? S / N Vivio usted con su conyuge Cualquier momento durante el año fiscal S / N Despues del 30 de junio del año fiscal S / N
¿Que puede proporcionar para comprobar que no vivio con su conyuge por los ultimos seis meses del año? ☐ Acuerdo de Arrendamiento ☐ Facturas de servicios publicos
☐ Carta de un miembro del clero ☐ Carta de servicios sociales ☐ Otro documento de apoyo, que tipo \_\_\_\_\_
☐ Divorciado(a) Fecha del decreto final \_\_\_\_\_ ¿Puede proporcionar copia del Decreto de Divorcio? S / N
☐ Legalmente Separado(a) Fecha del acuerdo de mantenimiento de separacion \_\_\_\_\_ ¿Puede proporcionar una copia del acuerdo de Separacion? S / N
☐ Viuda (o) y no se volvio a casar durante el año fiscal ¿Año que fallecio el conyuge? \_\_\_\_\_

Conteste las siguientes preguntas para usted (y su conyuge si tramitando juntos) indique circulando "yo" para usted, "Conyuge" para su conyuge, o NA si no aplica

Yo / Conyuge / NA YO PUEDO ser reclamado con dependiente en los impuestos de alguien mas, pero no sere reclamado. Yo / Conyuge / NA ¿Esta usted legalmente ciego?
Yo / Conyuge / NA YO SERE reclamado como dependiente en los impuestos de alguien mas. Yo / Conyuge / NA ¿Ha sido usted victima de robo de identidad?
Yo / Conyuge / NA ¿Estuvo usted permanente y totalmente discapacitado durante el año fiscal?
Yo / Conyuge / NA ¿Estuvo usted (o su coyuge si tramitando juntos) en una zona de combate durante el año fiscal? Fecha de entrada \_\_\_\_\_

Initials

Intake \_\_\_\_\_ Scan \_\_\_\_\_ Prep \_\_\_\_\_ Quality Review \_\_\_\_\_ Finisher \_\_\_\_\_

# Programa de Preparacion de Impuestos/Hoja de Entrevista

**Dependientes**

**Porfavor enumere a sus dependientes en orden de menor a mayor**

<b>Primer Nombre</b> _____	<b>Inicial</b> _____	<b>Relacion</b> _____	
<b>Apellidos</b> _____	<b>Sufijos</b> _____	<b>Fecha de Nac.</b> _____	<b>Meses en la casa</b> _____
<b>SSN/ITIN</b> _____	Para ITINs, se ha utilizado en los impuestos de los ultimos tres años? S / N		<b>Fecha de Fallecimiento</b> _____
	Para ITINs con 70, 71, 72, 78, 79, u 80 de enmedio, ya se renovo? S / N		

¿Vivio la person con usted en los EUA por mas de seis meses? S / N      Si no, ¿Vivio la persona con su otro padre? S / N      ¿Tiene la Forma 8332? S / N

¿Puede usted proporcionar cualquiera de los siguientes para comprobar la residencia de la persona si fuese solicitada por el IRS?      ¿Ha usted dado a alguien más una Forma 8332 para esta persona? S / N

<input type="checkbox"/> Registros escolares o declaracion	<input type="checkbox"/> Registros medicos	<input type="checkbox"/> Declaracion del empleador
<input type="checkbox"/> Declaracion del terrateniente o gerente de la propiedad	<input type="checkbox"/> Registro de proveedor de cuidado de niños	<input type="checkbox"/> Declaracion lugar de culto* <input type="checkbox"/> Registros o declaracion de servicios sociales*
<input type="checkbox"/> Declaracion del proveedor de cuidado de salud	<input type="checkbox"/> Declaracion de agencia de reubicacion*	<input type="checkbox"/> Declaracion de oficial tribal <input type="checkbox"/> Otro _____

¿Es esta persona total y permanentemente discapacitada? S / N      ¿Que tipo de discapacidad? \_\_\_\_\_      ¿Esta persona recibe SSI u otro tipo de pagos por discapacidad? S / N

¿Puede usted proporcionar cualquiera de las siguientes para comprobar la discapacidad de la persona si fuese solicitada por el IRS?

<input type="checkbox"/> Declaracion del Doctor	<input type="checkbox"/> Declaracion de Servicios Sociales*	¿Puede otro contribuyente reclamar a esta persona? S / N
<input type="checkbox"/> Declaracion de otro proveedor de cuidado medico*	<input type="checkbox"/> Otro _____	La relacion de esta persona con el contribuyente es: _____

¿Si las reglas para romper un empate fuesen aplicadas, seria esta persona su dependiente? S / N

¿Si esta persona es un niño que no es su hijo(a), adonde estan ubicados sus padres?      Madre \_\_\_\_\_      Padre \_\_\_\_\_

Su ingreso bruto ajustado (AGI) es mas alto que el de:       Madre       Padre

**Niños Adoptados:** La adopcion es:     Pendiente     Final    ¿Si es pendiente, puede proporcionar una carta de una agencia de adopcion autorizada? S / N

**Niños de Crianza**      ¿Puede proporcionar una carta de una agencia autorizada de reubicacion o el documento de la corte aplicable? S / N

**Hermanos/Sobrinas/Sobrinos/Nietos/etc.**      ¿Puede proporcionar actas de nacimiento verificando su relacion con el niño? S / N

**Hijastros y sus descendientes:**      ¿Puede usted proporcionar actas de nacimiento y actas de matrimonio verificando su relacion con el niño? S / N

¿Es una de las dos verdadera?     La persona NO esta casada, O       La persona esta casada, puede ser reclamada como su dependiente, y no esta declarando impuestos conjuntos, excepto para reclamar un reembolso

¿Pago usted gastos que califican para cuidado de niño/dependiente? S / N      ¿Cantidad? \_\_\_\_\_      ¿Cantidad de gastos que califican pagados por el empleador? \_\_\_\_\_

¿Si la persona tuvo ingreso durante el año, cual fue su ingreso TOTAL? \_\_\_\_\_      ¿Esta persona proporciono mas del 50% de su propia manutencion? S / N

¿Pago usted por mas de la mitad del costo de mantener la casa para esta persona? S / N      ¿Proporciono usted mas del 50% de manutencion para esta persona? S / N

Si esta persona es un estudiante de pos-secundaria, eran....Tiempo Completo/Medio Tiempo/Menos de Medio Tiempo      ¿Tiene esta persona requerido declarar sus propios impuestos? S / N

¿Esta persona recibio un PIN de proteccion de identidad del IRS (IP PIN)? S / N      IP PIN: \_\_\_\_\_

\* La carta debe ser escrita en papel oficial membretado de uno de los siguientes, escuela, proveedor medico, agencia de servicio social, lugar de culto, u otra entidad aceptable. La carta debe incluir el nombre del niño, nombre del padre o guardian del niño, dirección del niño, y fechas durante el año que el niño vivio con el contribuyente.

**For Volunteer use only:** This person is:

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Over 18 and a full-time student | <input type="checkbox"/> Your child who did NOT live with you due to divorce or separation | <input type="checkbox"/> Not a dependent - HOH Qualifier                                  | <input type="checkbox"/> Not a dependent            |
| <input type="checkbox"/> Over 18 and disabled            |  | <input type="checkbox"/> Not a dependent - ACA household member (Form 8965 purposes ONLY) | <input type="checkbox"/> Do NOT update to next year |
| <input type="checkbox"/> Child who lived with you        | <input type="checkbox"/> Other dependent   |   | <input type="checkbox"/> ITIN Special Circumstances |