



## DATOS DEL CLIENTE

**\*Contribuyente**

SSN:	Fecha de Nacimiento: / /	Fecha de la Muerte: / /
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:
Tel. Casa:	Tel. Trabajo:	Tel. Cel:
Ocupacion:	Email:	
Es usted un dependiente de otro retorno: SI o NO      Genero: MASCULINO o FEMENINO		
Asistió a la escuela(UNIVERSIDAD / INSTITUTE) el año que está presentando impuestos: SI o No (en caso afirmativo, la cantidad de gastos \$ )		
Número de meses que han tenido seguro de salud para el año anterior?:		
Idioma preferido:		

**\*Llenar Estado:**

- Soltero  
  Casado reportando junto  
  Casado reportando separado (Si CREES, vivieron juntos en algún momento durante el año fiscal? S N Si es así, se vive juntos durante la final de 6 meses? S N)  
  Cabeza de Familia  
  Viudo

**\*Esposo/a**

SSN:	Fecha de Nacimiento: / /	Fecha de la Muerte: / /
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:
Tel. Casa:	Tel. Trabajo:	Tel. Cel:
Ocupacion:	Email:	

**\*Direccion**

Domicilio:	Numero de Apartamento:
Ciudad:	Codigo Postal:

**\*Deposito Directo**

Banco:	Numero de Ruta:	Cuenta#:	<input type="checkbox"/> C o <input type="checkbox"/> A
--------	-----------------	----------	---

**\*Referencia de clientes**

Tipo de Referencia:	Descripción:
---------------------	--------------

**\*Dependientes – Los niños y otras personas que califiquen**

Primer Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento : / /
SS#:	Relacion:	# de meses viviendo con usted:

Primer Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento : / /
SS#:	Relacion:	# de meses viviendo con usted:

Primer Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento : / /
SS#:	Relacion:	# de meses viviendo con usted:

**\*Firma:**

Firma del Contribuyente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma del cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ (s i una

declaración conjunta, ambos clientes deben firmar ) Con mi firma , yo estaba de acuerdo que la información anterior es verdadera y correcta , y yo / nosotros entendemos que los datos recogidos en este cuestionario se utilizará para completar mi vuelta ( s ) de impuestos. Yo / Nosotros estamos de acuerdo para celebrar esta empresa inofensiva de los errores que se pueden hacer en mi / nuestra declaración de impuestos. Yo / nosotros también entiendo que el error en mi / nuestro regreso provocará un retraso en la tramitación de la devolución y la recepción de la devolución , en su caso .



# GANANCIAS O PÉRDIDAS DEL NEGOCIO

**A. Empresas Director o Profesion:** \_\_\_\_\_

**B. Nombre del Negocio:** \_\_\_\_\_ (Si no dejar en blanco)

**C. ID del empleador:** \_\_\_\_\_

**D. Direccion Comercial:** \_\_\_\_\_

**Ciudad, Estado, Código Postal:** \_\_\_\_\_

**E. Metodo Contable :**

- 1.Efectivo \_\_\_\_\_ 2.Accural \_\_\_\_\_ 3.Otro \_\_\_\_\_

**F. Ingreso:**

Los recibos o ventas brutas \_\_\_\_\_

Tarjeta mercantile bruto \_\_\_\_\_

Es este ingreso no sujeto a impuestos como trabajador autonomo Si  \_\_\_\_\_ No  \_\_\_\_\_ (favor escriba sus iniciales al lado de su respuesta.)

**Gastos**

Publicidad..... \$ \_\_\_\_\_

Gastos oficina ..... \$ \_\_\_\_\_

Vehiculo, maquinaria y equipos ..... \$ \_\_\_\_\_

Interes Hipoteca..... \$ \_\_\_\_\_

Utilidades..... \$ \_\_\_\_\_

Licencias ..... \$ \_\_\_\_\_

Reparaciones y mantenimientos ..... \$ \_\_\_\_\_

Materiales y suministros ... \$ \_\_\_\_\_

Viajes ..... \$ \_\_\_\_\_

Comidas y entretenimientos .....  
\$ \_\_\_\_\_

Combustibles ..... \$ \_\_\_\_\_

Uniformes ..... \$ \_\_\_\_\_

Celulares ..... \$ \_\_\_\_\_

Contratos Laborales ..... \$ \_\_\_\_\_

Otros gastos..... \$ \_\_\_\_\_

**Millas**

*Año y modelo del vehículo* .....

*Precio Original* .....

*Total de millas* .....

*Viaje millas*.....

*Mileages Negocio*.....

**PAGOS DE IMPUESTO ESTIMADO DE HABER HECHO**

*(Importante – Necesaria para la Verificación)*

	ABRIL 1 <sup>ST</sup> TRIMESTRE		JUNIO 2 <sup>ND</sup> TRIMESTRE		SEPTIEMBRE 3 <sup>RD</sup> TRIMESTER		ENERO 4 <sup>TH</sup> TRIMESTRE		TOTAL
	Fecha	Cantidad	Fecha	Cantidad	Fecha	Cantidad	Fecha	Cantidad	
<b>FEDERAL</b>									
<b>ESTADO</b>									
<b>LOCAL</b>									

*{Por favor elija una opción}*

*Tiene la documentación necesario para sustentar estos gastos?*    **SI**    **NO**

**El cliente es responsable de mantener documentos que sustenten sus gastos arriba expuestos, por lo menos por tres años.**

**Firma**

*Su Firma* \_\_\_\_\_

*Firma Cónyuge* \_\_\_\_\_ *(casados reportado juntos, ambos deben firmar)*

**Al firmar, reconozco que la información arriba es correcta según mis mejores conocimientos. Declaro haber examinado esta información y es cierta, correcta y completa.**

**SOLO PARA USO DE OFICINA**

*Process Checklist (to be included in customer file)*

- Scan and/or make copies of all forms; W-2, 1099, ID, Social Security cards, and etc. documents
- *Client Data sheet filled out and Sign*
- *Signature on:*
  - *8879/Pin #*
  - *Bank application*
  - *Schedule C*
  - *Schedule C EZ*
  - *Form 8867*