

INFORMACION



Para brindarle un mejor servicio y ayudarle a cubrir sus expectativas en relación con la preparación de sus impuestos, le pedimos que se tome unos minutos para completar la siguiente información. Si tiene alguna pregunta al completar este formulario, no dude en preguntar.

An Independent Member of



www.uccsglobal.org

1. Complete el formulario lo mejor que pueda, y luego revise y firme el documento.

2. Puede optar por dejarle este formulario y sus documentos de taxes al Profesional de Servicio al Cliente que esté en la recepción o puede optar por tener una reunión de entre 10 y 15 minutos con su asesor de impuestos.

3. Una vez que su declaración de impuestos esté lista, puede volver a la oficina para completarla, o elegir nuestra opción de aprobación en línea para terminar su declaración en línea.

¿Es usted un cliente que ya ha utilizado nuestros servicios? Si No

En caso afirmativo, ¿tiene un asesor de taxes preferido? (por favor, indique el nombre): _____

¿En qué fecha desea que su declaración esté lista? (el plazo habitual es de 3 días): _____

¿Es usted dueño de negocio? (LLC u otro) Si No

INFORMACIÓN DEL CLIENTE	INFORMACION DEL CONYUGUE
Nombre del contribuyente principal: _____	Nombre del cónyuge: _____
Fecha de nacimiento: _____	Fecha de nacimiento del cónyuge: _____
Estado civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/>	Ocupación: _____
Numero de Seguro Social o ITIN: _____	Numero de Seguro Social o ITIN: _____
Ocupación: _____	Dirección (si es diferente): _____
Dirección: _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____	Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Telefono
Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Telefono	Número de teléfono más conveniente: _____
Número de teléfono más conveniente: _____	Correo electrónico: _____
Correo electrónico: _____	¿Tuvo cobertura médica durante el año 2021? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Tuvo cobertura médica durante el año 2021? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

¿Usted o algún familiar en su familia contrajo Covid 19? Cuantos dias _____? Si No

¿Recibió pagos de impacto económico? ¿Cuanto recibió _____? Si No

¿Recibió pagos por adelantado para el crédito tributario por hijos en 2021? ¿Cuanto recibió _____? Si No

¿Puede usted o su esposa (o) ser reclamado como dependiente por otra persona? Si No

¿Es usted miembro activo o cónyuge/dependiente de un miembro activo de las fuerzas armadas? Si No

¿Desea asignar \$3 al fondo para la campaña presidencial? Si No

¿Tiene Usted cuentas bancarias fuera de los Estado Unidos? Si No

¿Tiene propiedades fuera de los EE. UU. Mayores a \$50,000.00? Si No

¿Usted tuvo un embargo o vendió su casa? Si No

¿He completado sus impuestos por los últimos 5 años? Si No

¿ Realizó transacciones de Cryptocurrency durante el año? Si No

Si su respuesta es si, ¿con que compañía? _____

Moneda Electronica o Crypto Currency (Bitcoin)

(Por Favor proveer Estado de cuenta)

Para uso Interno	
Electronic Deposit:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Branch:	_____
Account # :	_____
Routing # :	_____
Deposit	\$ _____
Tax ID Fee:	\$ _____

DEPENDIENTES* (o persona que vive en su hogar)

Nombre Completo (Nombre, Apellido)	Seguro Social o Tax ID	Fecha de nacimiento Mes/Día/Año	Relacion (Hijo, Hija, padre ect.)	No. de meses vivido en la casa durante el año	Residente de EE. UU., Mexico o Canada	Discapacitado SI / NO	Estudiante de tiempo completo SI / NO	Tuvo Cobertura médica para el 2021 SI / NO	Pago Cuidado de dependientes SI / NO

Si pago cuidado de dependientes, indique lo siguiente:

Nombre de Persona o Establecimiento : _____ Dirección: _____ SS#/ID# _____ Monto _____

INGRESOS: (Marque todas las opciones que correspondan e incluya documentos.)	GASTOS: (Marque todas las opciones que correspondan e incluya documentos.)	CRÉDITOS Y DEDUCCIONES: (Marque todas las opciones que correspondan e incluya documentos.)	SEGURO DE SALUD (Marque todas las opciones que correspondan e incluya documentos.)	OTROS*: (Marque todas las opciones que correspondan.)
<input type="checkbox"/> Empleado (W-2)	<input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia*	<input type="checkbox"/> ¿Donó efectivo o bienes a una organización de caridad?	<input type="checkbox"/> Usted o algún miembro de su grupo familiar estuvo en alguna de estas situaciones?	<input type="checkbox"/> ¿Usted o su cónyuge realizaron alguna de estas acciones?
<input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia*	<input type="checkbox"/> No reembolsados por su empleador	<input type="checkbox"/> ¿Pagó intereses de préstamos estudiantiles?	<input type="checkbox"/> Cubierto por un plan de seguro de salud privado, proporcionado por el empleador del gobierno que reúne los requisitos.	<input type="checkbox"/> Vender una vivienda
<input type="checkbox"/> Intereses (1099-Int)	<input type="checkbox"/> Educación o Propiedad de alquiler*	<input type="checkbox"/> ¿Pagó gastos por cuidado de hijos/dependientes?	<input type="checkbox"/> Inscrito en un plan de seguro de salud a través del mercado federal o estatal.	<input type="checkbox"/> Pagar/recibir pensión alimenticia
<input type="checkbox"/> Seguro Social (SSA-1099)	<input type="checkbox"/> Atención médica/dental	<input type="checkbox"/> ¿Tuvo pagos hipotecarios? (1098)	Residente de EE. UU., Mexico o Canada	<input type="checkbox"/> Adoptar un hijo
<input type="checkbox"/> Distribución de plan de jubilación* (1099-R)	<input type="checkbox"/> Cuotas sindicales	<input type="checkbox"/> ¿Hizo una contribución a una cuenta IRA?		<input type="checkbox"/> Sufrir una pérdida por una catástrofe
<input type="checkbox"/> Dividendos (1099-Div) o Propiedad de alquiler*		<input type="checkbox"/> ¿Hizo una compra importante imponible?		<input type="checkbox"/> Tener ganancias/pérdidas de juegos de azar
<input type="checkbox"/> Venta de acciones o fondo mutualista (1099-B)		<input type="checkbox"/> ¿Pagó taxes sobre la propiedad?		<input type="checkbox"/> Cambiar el estado civil
<input type="checkbox"/> Crypto Currency		<input type="checkbox"/> ¿Recibio 1095A de Obamacare?		
<input type="checkbox"/> Desempleo (1099-G)		<input type="checkbox"/> ¿Hizo contribuciones a una cuenta HSA?		

Certifico que toda la información proporcionada en ambas paginas es verdadera, correcta y no contiene falsa o fraudulenta información, y es exacta de acuerdo a conocimiento. Y entiendo que Grace Williams CPA, PC prepara mi Declaración de impuestos basado en la información proporcionada por mi de acuerdo con las reglas y reglamentos del IRS y conforme a las principios de contabilidad generalmente aceptados. Yo confirmo que el pin personal que he proveido es mi firma electronica para someter mis taxes y si aplica, mi consentimiento para extraer fondos electronicamente.

Contribuyente 5 Digos PIN# _____

Esposo 5 Digos PIN # _____

(Firma del Contribuyente)

(Firma de su Esposa (o))

(Fecha)