

BIENVENIDO A EZ TAX & INSURANCE!

Para servirle mejor y cumplir con sus expectativas de preparación de impuestos, le pedimos que tarde unos minutos en llenar la información a continuación.

¿Es usted un cliente del equipo de impuestos que regresa? Si | No

¿Tiene usted un especialista en impuestos preferido? (Proporcione el nombre): _____

INFORMACIÓN DEL CLIENTE:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

SSN o ITIN : _____

Estado civil: Soltero
 Casado (a)
 Casado (a) presentando una declaración por separado
 Viudo
 Jefe (a) de hoga

Método de Contacto Preferido: Inglés | Español

Nombre en red social: _____

Dirección: _____

Código postal: _____

Ocupación: _____

Mejor número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

¿Puede ser reclamado como dependiente por otra persona? Si | No

DEPENDIENTES* (0 persona que vive en su hogar)

Nombre	Relacion	Fecha De Nacimiento	SSN o ITIN	Estudiante Diario	Disabilitado?
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

INFORMACIÓN SOBRE CUIDADO INFANTIL

Nombre de proveedor	Dirección de proveedor	Proveedor SSN /EIN	Cantidad pagado

* Si algunos de los dependientes enumerados no vivieron en la dirección primaria de los contribuyentes el año entero, satisfacen discuten esto con su profesional del impuesto. Esto es crítico para ayudarnos a ayudarle a reportar con precisión su residencia y dependencia a las autoridades fiscales.

INGRESO

(Marque todos los que apliquen e incluya documentos.)

- Empleado (W-2)
- 1099-Misc
- Auto-empleo *
- Interes (1099-Int)
- Seguro de social /Retiro
- Dividendos (1099-Div)
- Alquiler*
- Acciones o venta de fondos mutuos (1099-B)
- Desempleo
- Otros ingresos no mencionados
- Explique: _____

GASTOS

(Marque todo lo que corresponda.)

- Auto-empleo *
- No reembolsado por su empleador
- Educación
- Alquiler *
- Atención médica / odontológica
- Cuotas sindicales
- Costo de mudanza

CREDITO Y DEDUCCIONES:

(Marque todo lo que corresponda.)

- Donar efectivo o bienes a una organización benéfica?
- ¿Pagar interés de préstamos estudiantiles?
- Pagar gastos de cuidado infantil / dependiente?
- ¿Tiene un pago de hipoteca? (1098)
- Hacer una contribución IRA?
- ¿Hacer una compra imponible importante?
- Pagar los impuestos de propiedad?

SEGURO MEDICO

(Marque todo lo que corresponda.)

Si usted o algún miembro de su hogar:

- Obamacare (marketplace)
- Seguro del empleador
- Medicare or medicaid
- Otro _____

DIVERSO

(Marque todo lo que corresponda.)

Usted o su cónyuge:

- Vendio o compro una casa?
- Hizo una distribución IRA o 401 (k)?
- Pago / recibio pensión alimenticia?
- Sufren una pérdida catastrófica?
- Tiene ganancias / pérdidas de juego?

INFORMACIÓN ADICIONAL

- ¿Está usted o su cónyuge en deuda con el IRS o con cualquier otra agencia gubernamental? Si | No
- ¿Estaría interesado en Peace of Mind (protección de auditoría del IRS) por EZ Tax & Insurance? Si | No
- ¿Estaría interesado en la reparación de crédito? Si | No
- ¿Está comprando una casa en los próximos dos años? Si | No
- ¿Necesita un corredor de hipoteca o agente de bienes raíces? Si | No
- ¿Tiene un negocio? Si | No
- En caso afirmativo, ¿le interesa la contabilidad? Si | No

INFORMACION PERSONAL

- ¿Desea que se deposite directamente su reembolso federal o estatal del impuesto sobre la renta? Si | No

BY SIGNING BELOW, I FULLY UNDERSTAND AND AGREE TO THE SERVICES BEING RENDERED BY THE TAX TEAM, I ALSO CONFIRM THAT THE INFORMATION I PROVIDED IS TRUE AND ACCURATE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE.

Número de enrutamiento: _____

Numero de cuenta: _____

Firma del contribuyente: _____

Fecha: _____

Firma del cónyuge: _____

Fecha: _____