



Información de Contacto

Nombre: _____ Teléfono: _____

Email: _____

Información del Contribuyente

Estado Civil: Soltero Casado Declarando Juntos Casado Declarando Separados
 Cabeza de Familia Viuda

Nombre: _____ SSN: _____ - _____ - _____

Dirección: _____

Email: _____ Ocupación: _____

Información del Cónyuge del Contribuyente (Si Aplica)

Nombre: _____ SSN: _____ - _____ - _____

Dirección: _____

Email: _____ Ocupación: _____

Documentos Necesarios Para Su Servicio de Preparación de Impuestos

- Copia de su Licencia de Conducir
- Copia de la Licencia de Conducir de su Cónyuge (Si Está Casado Declarando Juntos)
- Copia del Certificado de Nacimiento de Todos los Dependientes que Reclaman
- Carta de la Escuela Para Todos los Dependientes que Reclaman (Si Son Estudiantes)
- Carta de Cuidado de Niños con Información Comercial, su Dirección y Montos Pagados (Si Aplica)

Necesitamos **TODOS los formularios** que ha recibido o debería recibir, pero no ha recibido de **TODOS los Empleadores / Pagadores / y Cualquier Otra Fuente de Ingresos y que recibió**, incluidos los siguientes formularios:

W2 1099 (NEC, Misc, C, SSA, Div...) 1098 (T...) 1095 (A, B) K-1

Y cualquier otro formulario de impuestos que deba incluirse en su declaración de impuestos.

SIGUIENTE 



Información del dependiente (#1)

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Relación: _____ A Que Escuela Asiste?: _____

¿Cuántos meses vivió en el mismo domicilio con el contribuyente? _____ Meses.

¿Pagó usted el **50% o más de los gastos** de este dependiente? [] Sí [] No

¿Puede alguien más reclamar a este dependiente? [] Sí [] No (En caso afirmativo, ¿por qué la otra persona no reclamando al dependiente? _____).

¿Este dependiente ganó **\$4,400** o más? [] Sí [] No

¿Este dependiente es discapacitado? [] Sí [] No (En caso "Sí", necesitamos la Carta del Doctor).

Información del dependiente (#2)

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Relación: _____ A Que Escuela Asiste?: _____

¿Cuántos meses vivió en el mismo domicilio con el contribuyente? _____ Meses.

¿Pagó usted el **50% o más de los gastos** de este dependiente? [] Sí [] No

¿Puede alguien más reclamar a este dependiente? [] Sí [] No (En caso afirmativo, ¿por qué la otra persona no reclamando al dependiente? _____).

¿Este dependiente ganó **\$4,400** o más? [] Sí [] No

¿Este dependiente es discapacitado? [] Sí [] No (En caso "Sí", necesitamos la Carta del Doctor).

Información del dependiente (#3)

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Relación: _____ A Que Escuela Asiste?: _____

¿Cuántos meses vivió en el mismo domicilio con el contribuyente? _____ Meses.

¿Pagó usted el **50% o más de los gastos** de este dependiente? [] Sí [] No

¿Puede alguien más reclamar a este dependiente? [] Sí [] No (En caso afirmativo, ¿por qué la otra persona no reclamando al dependiente? _____).

¿Este dependiente ganó **\$4,400** o más? [] Sí [] No

¿Este dependiente es discapacitado? [] Sí [] No (En caso "Sí", necesitamos la Carta del Doctor).



Preguntas Generales | TODAS LAS PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON TODO EL AÑO FISCAL.

- 1) ¿Compró / vendió / negoció / recibió / tenía algún interés en **Criptomonedas**? [] Sí [] No
- 2) ¿Le gustaría donar **\$3 a la Campaña Electoral**? [] Sí [] No
- 3) ¿Realizó algún **Pago de Impuestos Estimado**? [] Sí [] No
- 4) ¿Tuvo **Seguro de Salud** a través del **Mercado de Seguros Médicos (Florida Blue, Oscar, Ambetter...)**? [] Sí [] No - En caso Sí, necesitamos la 1095-A la puede obtener llamando al 1-800-318-2596.
- 5) ¿Alguna **de las personas incluidas** en esta declaración de impuestos (contribuyentes y dependientes), estuvo **fuera de los Estados Unidos de América**, 6 meses o más? [] Sí [] No
- 6) Para **alguna de las personas** incluidas en esta presentación, ¿Alguna vez se les ha **negado un Crédito Fiscal anteriormente**? [] Sí [] No
- 7) ¿Hay **algún Asunto Fiscal específico que debemos tener en cuenta** con esta declaración? [] Sí [] No
- 8), ¿tenía alguien **Cuenta en el Extranjero**? [] Sí [] No (En caso afirmativo, ¿está obligado a presentar algún formulario ante el IRS? [] Sí [] No)
- 9) ¿Alguien recibió **Desempleo**? [] Sí [] No
- 10), ¿**Alguien más pagó sus gastos personales, los de su cónyuge y / o los de sus dependientes**? [] Sí [] No
- 11) ¿Los **dependientes** (no para los padres) **vivieron con sus más de 6 meses** en la misma dirección? [] Sí [] No

Por favor, escriba a continuación cualquier pregunta específica que le gustaría discutir con su preparador de impuestos:

 **SIGUIENTE**



Información para Depósito Directo

Si desea recibir su reembolso de impuestos por depósito directo, adjunte un cheque anulado o complete la siguiente información:

Nombre del Banco: _____ Tipo de Cuenta: [] Ahorros [] Corriente / Cheques.

Número de Ruta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de Cuenta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Acuerdo de Términos y Condiciones (Inglés).

By signing below, you agree and accept our Terms & Conditions as follows:

In no event shall BBN Online Solutions, BBN Online Solutions, Inc, its owners, representatives, subsidiaries, affiliates, suppliers, and/or the respective employees, collectively "The Provider" be liable for any special, indirect, incidental, consequential or exemplary damages arising out of or in connection with the products, sales, bids, service, services and/or these terms and conditions (however arising, including negligence), including lost profits, whether or not the possibility of such damages was, or could have been, known. The liability of The Provider, to you and/or any third party in any circumstance is limited to the amount paid by you for the product and/or service purchased from The Provider or fifty (\$50.00) US American Dollars, whichever lowest. The foregoing limitation of liability shall apply whether any claims based upon principles of contract, warranty, negligence and/or other tort, breach of any statutory duty, principles of indemnity and/or contribution, the failure of any limited and/or exclusive remedy to achieve its essential purpose and/or otherwise and/or any other failure. You agree to these terms and conditions and you agree to mandatory arbitration. This limited liability agreement will apply and remain in full effect to this service and/or any other previous, current, and/or future service(s) acquired from The Provider. If one section of the entire sale and/or agreement does not apply, the rest should remain in full extent. Client (You, Customer, Buyer) agree(s) that any and all sales, transactions, and/or services offered through The Provider, constitutes a sale under applicable Florida law with jurisdiction and venue solely and exclusively in Osceola County, Florida, USA.

You also agree that all information provided to us written and/or verbally is true, complete, and correct, and it will be used in connection to the services performed by us.

Name: _____ Signature: _____

Date: _____