

CENTRO LATINO DE CAPACITACION



DATOS DEL CLIENTE

Formulario Recopilación Datos Declaración Income Tax

Año Taxable: _____

Nombre del Contribuyente: _____ Nombre del Conyuge _____

Tel: _____ Fecha Nacimiento: _____ Seguro Social _____ Fecha Nacimiento: _____ Seguro Social _____

DIRECCION: _____

(1) Soltero (2) Casado declarando juntos (3) Casado declarando separados (4) Cabeza de Familia (5) Viudo Calificado
(aunque solo uno tenga ingresos) (poner datos del conyuge) (con dependiente calificado) (con hijo dependiente)

DEPENDIENTES

NOMBRE	RELACION	FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO SOCIAL
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

INGRESOS

W-2 1099-MISC 1099-G 1099-INT SS Beneficios \$ _____ Ingresos de Negocio (Schedule C)
 Otro tipo de ingreso : _____, cantidad \$ _____

DEDUCCIONES

Deducciones de Negocio (Schedule C) Pago cuidado de niños (Form 2441)
Profit or Loss from Business Child and Dependent Care Expenses

CREDITOS

Educación Post-Secundaria (Forma 8863)
1098-T

COBERTURA DE SALUD

Cobertura de todos los miembros todo el año

Comentarios

NOTA: Si requieres más espacio utiliza la parte de atrás de este formulario

Nombre del Preparador: _____ Fecha: _____ Año Taxable: _____