Print | Reset Form | Email | Save As ...

FORMULARIO DE ADMISION DE CLIENTES

Tax Year 2022

INFORMACION PERSONAL

Estado Civil Soltero___ Casado___ Jefe de Hogar___ Viudo(a)___ Otro_____

Usted puede o es declarado como dependiente de alguien mas? Si___ No___

Usted es Legalmente Ciego? Si___ No___

Contribuyente	Conyugue
Primer Nombre	Primer Nombre
Segundo Nombre	Segundo Nombre
Apellido	Apellido
Numero de Seguro Social/ITIN	Numero de Seguro Social/ITIN
Ocupacion	Ocupacion
Fecha de Nacimiento	Fecha de Nacimiento
Numero de Celular	Numero de Celular
Numero de Casa	Numero de Casa
Correo Electronico	Correo Electronico

INFORMACION DE RESIDENCIA

Direccion_____Ciudad_____Estado_____ C.P_____

INFORMACION BANCARIA

Nombre del Banco	Numero de Ruta	Numero de Cuenta

INFORMACION DE DEPENDIENTES

Dependiente: (Enliste del menor al mayor) Nombre (Primer nombre, Inicial, y Apellido)	Fecha de Nacimiento Mes/Dia/Año	Dependiente Numero de Seguro Social/ITIN	Dependiente Que relacion tiene con usted?	Cuantos meses vivio en este año fiscal con usted?

INGRESOS

Seleccione si tuvo alguno de los siguientes ingresos W-2___ 1099-R___ 1099-G___ 1099-A___ 1099-MISC___

INVERSIONES

Seleccione si tuvo alguno de los siguientes ingresos 1099-B___ 1099-INT___ 1099-DIV___

Usted vendio Cripto Modeda y/o acciones? Si___ No___ Si, tiene la forma una 1099-B? Si___ No___

Vendio una casa? Si___ No___

Usted vendio alguna propiedad? (equipo, terreno, etc) Por favor de llenar y entregar el formulario de propiedad

ASEGURANZA

Usted tiene algun tipo de covertura medica? Si___ No___ Tipo de Aseguranza_____

MESES DE COBERTURA

Todos___ Enero___ Febrero___ Marzo___ Abril___ Mayo___ Junio___

Julio___ Agosto___ Septiembre___ Octubre___ Noviembre___ Diciembre___

CREDITOS POR CUIDADOS DE MENORES

Nombre del provedor	Numero de Seguro Social/ITIN	Direccion	Costo Anual

CREDITOS POR EDUCACION SUPERIOR

Por favor, presente el formulario 1098-T si usted o alguien en su hogar estuvo matriculado en una institución de educación superior durante el año fiscal.

_____ _____ _____

Firma del Contribuyente **Firma del Conyugue** **Fecha**

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ EN Y EN RELACIÓN CON ESTA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS ES VERDADERA, EXACTA Y COMPLETA.

1651 E 4th Street Suite #133
Santa Ana CA 92701
www.lopeztaxgroup.com
info@lopeztaxgroup.com
949-873-2102

López Tax Group
Navigate Taxes with Confidence