



# Información Personal

1

Marque el cuadro si no hubo cambios con el año pasado

Su nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social \_\_\_\_\_

Soltero(a)  Declaración conjunta  Jefe de familia  Casado(a), presentando por separado  
 Viudo(a) con hijo dependiente

Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo: Usted ( ) \_\_\_\_\_ Su cónyuge: ( ) \_\_\_\_\_

# Teléfono celular Usted ( ) \_\_\_\_\_ Su cónyuge: ( ) \_\_\_\_\_

Domicilio casa \_\_\_\_\_  ¿Nueva?  ¿Es dueño? Fecha de compra \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Información de renta  ¿Renta? Fecha rentada \_\_\_\_\_ Renta total pagada este año \$ \_\_\_\_\_

Con lápiz oscuro o pluma, favor de **escribir legiblemente** e indicar si alguna de las siguientes cosas sucedieron durante el pasado año.

Me casé (fecha \_\_\_\_\_)  Me divorcié (fecha \_\_\_\_\_)  Me separé legalmente (fecha \_\_\_\_\_)

Viví separado de mi cónyuge durante el año Número de meses separados \_\_\_\_\_

Falleció mi cónyuge (fecha \_\_\_\_\_)  Perdí un(os) dependiente(s)  Añadí un(os) dependiente(s)

Me cambié de casa (fecha \_\_\_\_\_) ¿Está legalmente ciego?  Usted  Cónyuge

¿Está incapacitado o minusválido?  Usted  Cónyuge

¿Tiene más de 65 años?  Usted  Cónyuge  ¿Figura como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?  Usted  Cónyuge

Empleó ayuda en su hogar (anexar información)

¿El año pasado, pagó usted más de \$1,000 a cualquier empleado doméstico?  Sí  No

# Ingresos

3

## Resumen de ingresos recibidos Adjuntar todos los formatos W-2

Cuota por hora	Nombre del empleador	Ingresos totales	Impuesto federal sobre la renta retenido	Sueldo para efectos del Seguro Social	Impuesto de Seguro Social (FICA) retenido	Medicare retenido	Impuesto estatal sobre la renta retenido	Impuesto local sobre la renta retenido

Incluir el Formato 1099 en donde sea aplicable	Cantidad
Pensión alimenticia (no incluya manutención de niños) de: Incluir nombre y No. SS en la página 14	
Ingreso de anualidades y pensiones (incluya Formatos W-2P y 1099R)	
Bonos y comisiones (no reportados en el W-2)	
Ingresos por incapacidad (si hay) podrán tener derecho a la exclusión	
Honorarios por deberes como miembro de un jurado, de la junta electoral u otros servicios públicos	
Ganancias de la lotería, concursos y juegos de apuestas (explique en la página 14)	
Retiros de fondos mutuos (adjunta información)	
Sociedades, caudales hereditarios y fideicomisos (use página 14)	
Premios y reconocimientos (explique en la página 14)	
Reembolsos de impuestos estatales - 1099G	
Propinas y gratificaciones (no reportadas en el W-2)	
Cuentas incobrables no relacionadas con el negocio (pérdidas) (explique en la página 14)	
Compensación de desempleo recibida	
Impuestos retenidos en cualesquiera de los conceptos arriba indicados (explique en la página 14)	

# Deducciones Detalladas

6

De sus cheques pagados, facturas pagadas u otros documentos, determine sus gastos deducibles durante el año pasado. Anote la cantidad de cada partida deducible y de las partidas que usted piensa que son deducibles y que están en la lista de deducciones, para determinar si son autorizadas. Guarde todos los recibos pagados, contratos y cheques cobrados durante por lo menos tres años después de la fecha límite para la presentación de la declaración.

Seguro de Gastos Médicos	Cantidad pagada por usted
Primas por gastos de hospital, médicos y dentales	
Primas de atención médica a largo plazo	
Deducciones de nómina del plan de gastos médicos de grupo	
Plan de gastos médicos como empleado independiente (limitado)	

Medicamentos Recetados	Cantidad pagada por usted
Medicamentos recetados (recetados solamente por un médico)	
Insulina (los medicamentos de venta libre no son deducibles)	
Millaje total - Viajes hechos para estas compras	millas
Deducciones o pagos de Medicare	

Doctores, Dentistas, Enfermeras, Hospitales		
Nombre	Millas totales de todos los viajes	Cantidad pagada por Ud.

Costos Para Efectuar Modificaciones por Razones Médicas	Cantidad pagada por Ud.
(Por razones de incapacidad u otras razones médicas. Tal vez no aumente el valor justo de mercado de su vivienda.)	
Modificaciones para tener mejor acceso	
Bajar la altura de los muebles de cocina	
Instalación de un elevador	
Reubicaciones o modificaciones eléctricas	
Modificaciones al sistema de alarma	
Otros:	