

# Nuevo Cliente

Nombre como aparece en su tarjeta de Seguro/ITIN:

\_\_\_\_\_

Seguro/ITIN #: \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

¿Alguien más puede reclamarte como dependiente?  
(Padre, otro miembro de la familia o pareja?)

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

## Información de su esposa Si están Casado Legalmente

Nombre como aparece en su tarjeta de Seguro/ITIN:

\_\_\_\_\_

Seguro/ITIN #: \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

¿Alguien más puede reclamarte como dependiente?  
(Padre, otro miembro de la familia o pareja?)

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuál era su estado civil como del 31 de diciembre?

Solo \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_

Divorciados / Separados \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_

¿Vivió con su esposo/esposa en algún momento en  
los últimos 6 meses del año? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

## Domicilio:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cuanto recibiste del primer Estimulo \$ \_\_\_\_\_

Cuanto recibiste del segundo Estimulo \$ \_\_\_\_\_

Si se le debe un reembolso, ¿le gustaría que sean depositados directamente en su cuenta bancaria

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre del banco: \_\_\_\_\_

Número de ruta: \_\_\_\_\_

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

Usted o alguno de los dependientes fueron  
estudiantes universitarios para el año?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Ganó ingresos fuera de WA? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Fue residente de WA todo el año? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Ha recibido cualquier aviso de la oficina del IRS?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

## Recibió cualquiera de los siguientes formas?

¿Es dueño de su casa? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Recibiste una W2? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Recebistes el desempleo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Compro un seguro de salud? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Recibiste intereses de tu banco? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cobro una cuenta IRA? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Trabajastes por tu cuenta solo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Tienes una cuenta de ahorro de salud? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Recibio beneficios de seguro social? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Ganancia del casino? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

## Informacion de Dependientes

Nombre de Dependiente: \_\_\_\_\_

Seguro / ITIN \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Meses vivo contigo: \_\_\_\_\_

\*Puede proporcionar la prueba de que usted tiene derecho a reclamar este dependiente de este año?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre de Dependiente: \_\_\_\_\_

Seguro / ITIN \_\_\_\_\_

Relacion \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Meses vivo contigo: \_\_\_\_\_

\*Puede proporcionar la prueba de que usted tiene derecho a reclamar este dependiente de este año?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre de Dependiente \_\_\_\_\_

Seguro / ITIN \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Meses vivo contigo: \_\_\_\_\_

\*Puede proporcionar la prueba de que usted tiene derecho a reclamar este dependiente de este año?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre de Dependiente: \_\_\_\_\_

Seguro / ITIN \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Meses vivo contigo: \_\_\_\_\_

Puede proporcionar la prueba de que usted tiene derecho a reclamar este dependiente de este año?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre de Dependiente \_\_\_\_\_

Seguro / ITIN \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Meses vivo contigo: \_\_\_\_\_

\*Puede proporcionar la prueba de que usted tiene derecho a reclamar este dependiente de este año?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### **\*Ejemplo:**

*Registros de Escuela*

*Registros Médicos*

*Acta de nacimiento*

*Colocación comunicado de la agencia*

*Propietario / gestión de la propiedad declaración*