

Hoja De Información Del Cliente



1620 Elton Road, Suite 204
Silver Spring, MD 20903
Phone: (301) 589-2040
Fax: (301) 589-2042

Email: integratedmultiservices@gmail.com
Website: www.integratedmultiservices.com

Año del Impuesto: _____

¿USTED CLIENTE NUEVO? __YES __NO

REFERIDO POR: _____

***** Favor de contestar todas las preguntas**

SECCION 1		Información Personal	
Nombre del Contribuyente			
Número de Seguro Social/ITIN		Ocupación	
Estado Civil	Soltero(a) __	Casado(a) __	Separado(a) __
		Divorciado(a) __	Viudo(a) __
Dirección		Apartamento #	
Ciudad		Estado	Código Postal
No. Teléfono de su casa		Numero de su celular	
Fecha de nacimiento (mes) ____ (día) ____ (año) ____		Correo Electrónico:	
¿Es usted ciego? Si __ No __		Estudiante Tiempo Completo? Si __ No __	
Puede usted ser declarado como depende de otra persona? Sí __ No __			
Solicito usted devolución de impuestos el año pasado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Devolución estatal? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Usted el año pasado listo usted sus deducciones por categoría? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Información Sobre Cónyuge (Solo llenar si eres casado/a legalmente)			
Nombre de la (el) Cónyuge			
Número de Seguro Social		Ocupación	
No. Teléfono de su casa		Numero de su celular	
Fecha de nacimiento (mes) ____ (día) ____ (año) ____		Correo Electrónico:	
¿Es usted ciego? Si __ No __		Estudiante Tiempo Completo? Sí __ No __	
Puede usted ser declarado como depende de otra persona? Sí __ No __			
Reporto usted declaración de impuestos el año pasado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Declaración estatal? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Reporto usted sus deducciones por categoría el año pasado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
SECCION 2		Información de Dependientes	
Nombre del primer (1ro) dependiente			
Número de Seguro Social		Fecha de Nacimiento	
Relación (hijo, hija, sobrino(a), etc.)		Estudiante Tiempo Completo	
		Sí __ No __	
Numero de meses que el dependiente vivió en su casa en el 2019		Descapacitado?	
		Sí __ No __	
Su dependiente tuvo ingreso más de \$1000? Sí __ No __		Su dependiente requerido declarar impuestos? Sí __ No __	
Nombre del segundo (2do) dependiente			
Número de Seguro Social		Fecha de Nacimiento	
Relación (hijo, hija, sobrino(a), etc.)		Estudiante Tiempo Completo	
		Sí __ No __	
Numero de meses que el dependiente vivió en su casa en el 2019		Descapacitado?	
		Sí __ No __	
Su dependiente tuvo ingreso más de \$1000? Sí __ No __		Su dependiente requerido declarar impuestos? Sí __ No __	
Nombre del tercer (3ro) dependiente			
Número de Seguro Social		Fecha de Nacimiento	
Relación (hijo, hija, sobrino(a), etc.)		Estudiante Tiempo Completo	
		Sí __ No __	
Número de meses que el dependiente vivió en su casa en el 2019		Descapacitado?	
		Sí __ No __	
Su dependiente tuvo ingreso más de \$1000? Sí __ No __		Su dependiente requerido declarar impuestos? Sí __ No __	

Nombre del cuarto (4to) dependiente		
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	
Relación (hijo, hija, sobrino(a), etc.)	Estudiante Tiempo Completo	Sí__ No__
Número de meses que el dependiente vivió en su casa en el 2019	Descapacitado?	Sí__ No__
Su dependiente tuvo ingreso más de \$1000? Sí__ No__	Su dependiente requerido declarar impuestos? Sí__ No__	

Nombre del quinto (5to) dependiente		
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	
Relación (hijo, hija, sobrino(a), etc.)	Estudiante Tiempo Completo	Sí__ No__
Número de meses que el dependiente vivió en su casa en el 2019	Descapacitado?	Sí__ No__
Su dependiente tuvo ingreso más de \$1000? Sí__ No__	Su dependiente requerido declarar impuestos? Sí__ No__	

SECCION 3 Ingreso		
<input type="checkbox"/> Salary / Wages - W2 <input type="checkbox"/> Self-Employed / Business Income <input type="checkbox"/> Independent Contractor- 1099 <input type="checkbox"/> Commission / Fees <input type="checkbox"/> Cash Payments <input type="checkbox"/> Unemployment \$ _____ <input type="checkbox"/> Tip Income <input type="checkbox"/> Did you sell Any Stocks/Bonds? <i>(If yes, enclosed 1099-B & cost info)</i> <input type="checkbox"/> Social Security	<input type="checkbox"/> Railroad Retirement <input type="checkbox"/> Pension / Retirement Income <input type="checkbox"/> IRA Distribution <input type="checkbox"/> Rental Property Income <input type="checkbox"/> Partnership / S-Corporation - K-1 <input type="checkbox"/> Estate / Trust - K-1 <input type="checkbox"/> Military BAS/BAH \$ _____ <input type="checkbox"/> Did you sell a personal residence? <input type="checkbox"/> Did you sell other real estate? <i>(Enclose settlement statements)</i>	<input type="checkbox"/> Lottery/Gambling Winnings – 1099-G <input type="checkbox"/> Interest - 1099-INT <input type="checkbox"/> Dividends - 1099-DIV <input type="checkbox"/> Mutual Fund Distributions - 1099 <input type="checkbox"/> Municipal Bonds <input type="checkbox"/> Farm Income <input type="checkbox"/> Other Income (Enclose Details) <input type="checkbox"/> Installment Sale <input type="checkbox"/> Sell Any Business Assets? <i>(Enclose sale and original cost info)</i>

SECCION 4 Deduciones/Créditos

Tiene usted gastos por los **cuidados de sus hijos(as)** Si No Cantidad Pagada \$ _____
 Nombre _____ Número de teléfono # _____
 Dirección _____
 Ciudad/Estado/Código Postal _____ Numero de empleador o seguro social _____

¿Usted tiene gastos **Universitarios**? Si No Cantidad Total \$ _____ Para quién?: _____
 Nombre de Escuela _____
 Dirección _____
 Ciudad/Estado/Código Postal _____ Federal ID # _____

¿Tiene usted gastos de intereses de algún **préstamo estudiantil**? Si No Cantidad Total \$ _____

¿Tiene usted deducciones de su plan de retiro **"IRA"**? Si No Cantidad Total \$ _____

¿Pago usted **interés e impuestos de hipoteca** por su propiedad? Si No Cantidad Total \$ _____

¿Tuvo usted cuentas **médicas o dentales** que no le han sido reembolsados? Si No Cantidad Total \$ _____

¿Hizo usted **contribuciones donativos** y le dieron un comprobante? Si No Cantidad Total \$ _____

Si necesita espacio adicional, anote la sección correspondiente de la pregunta y contéstela en los siguientes espacios.

SECCION 5**INFORMACION PARA DEPOSITO DIRECTO**

Por favor entre la siguiente información para que usted reciba su reembolso depositado en su cuenta bancaria

Nombre del Banco _____

En qué estado abrió su cuenta _____

Número de Ruta (RTN) _____ (Si no lo sabe déjelo en blanco)

Número de cuenta _____

Tipo de cuenta: Cheque Ahorro

Yo (Nosotros, *si presentan declaración conjunta*) reconozco que la información arriba proveída por mi/nosotros es verdadera y exacta a lo mejor de mi/nuestro conocimiento. Por este medio aliviar IMS Tax Services de cualquier responsabilidad con respecto a la preparación de este/estos devolución(es) de impuestos y acepto eximir de cualquier daño que puedan sufrir y entiendo que mi único alivio es limitada a la devolución de cualquier pago para la preparación de estos documentos.

Firma del Contribuyente

Fecha

Escriba su nombre

Firma del Cónyuge

Fecha

Escriba su nombre

OFFICE USE ONLY

Interviewer: _____ Preparer: _____

Completion date: _____ E- file Date: _____

Notes:

ALL FORMS SIGNED?



1620 Elton Road, Suite 204

Silver Spring, MD 20903

Phone: (301) 589-2040

Fax: (301) 589-2042

Email: integratedmultiservices@gmail.com

Website: www.integratedmultiservices.com

ACUERDO DE POLIZA DE LA COMPANIA

(Favor de leer y firmar abajo)

1. Su declaración de impuestos preparados por *IMS Tax Services* son solamente basadas en la información recibida por usted. Usted es responsable por cualquier información incompleta o falsa.
2. El IRS y/o su estado puede examinar su declaración de impuestos la cual puede causar una demora de su devolución(es). En particular, el "Earned Income Tax Credit" (Crédito de Impuestos Por Ingreso) y/o el "Child Tax Credit" (Crédito de Impuestos Por Menores) pueden ser razones para que el IRS y/o su estado retrasen parte o toda su devolución.
3. Una vez que su declaración de impuestos ha sido aceptada por IRS y/o su estado, es totalmente imposible que *IMS Tax Services* pueda obtener algún tipo de información sobre la razón y/o el tiempo de su demora. Usted debe de llamar al IRS y/o su estado para que puedan contestarle sus preguntas.
4. En el evento que servicios adicionales sean necesarios debido a su declaración de impuestos, como por una auditoria, examinación, o etc., un costo adicional será requerido.
5. A usted se le ha entregado una copia de sus declaraciones de impuestos federales y estatales. Copias adicionales tiene un costo de \$15.00 por año.
6. En el caso que el IRS y/o el estado retenga o niegue sus devoluciones por cualquier razón que sea, usted seguirá siendo responsable por el costo de la preparación de su declaración de impuestos y/o otros servicios recibidos por *IMS Tax Services* en la cantidad indicada en su factura. Se le añadirá una multa de \$50.00 adicional por saldos abiertas sin pagar más de 90 días.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma de su cónyuge: _____ Fecha: _____

IMPORTANT NUMBERS – To check the status of your refund(s):

- Internal Revenue Service (IRS) – 1-800-829-1040 or www.irs.gov
- Comptroller of Maryland (MD State) – 1-410-260-7980 or www.comp.state.md.us
- DC Office of Tax & Revenue Service (DC) – 202-727-4TAX (4829) or www.dc.gov
- Virginia Department of Taxation – 804-367-2486 or www.tax.virginia.gov
- ITIN Unit (Tax ID) – 1-800-908-9982
- Financial Management Services (check to see if refund will be offset) – 1-800-304-3107

Office Use Only:

*Federal Refund: \$ _____

*MD State Refund: \$ _____ *VA State Refund: \$ _____ *DC State Refund: \$ _____

Itemized Deductions Worksheet



1620 Elton Road, Suite 204
Silver Spring, MD 20903
Phone: (301) 589-2040
Fax: (301) 589-2042

Email: integratedmultiservices@gmail.com
Website: www.integratedmultiservices.com

Itemized deductions (List amounts and provide receipts, checks, bank statements or other documentation)			
MEDICAL/DENTAL EXPENSES		INTEREST PAID	
Medical Insurance (<i>paid by you</i>)		Mortgage on Main Home	
Dental Insurance (<i>paid by you</i>)		Paid to Financial Institution (1098)	
Long Term Care Insurance		Paid to Individual	
Doctors (<i>co-pays</i>)		Name:	SSN:
Dentist/Orthodontist (<i>Braces, etc.</i>)		Address:	
Prescription Drugs (<i>Enclose Pharmacy Report</i>)		Points Paid on New Mortgage (<i>Enclose Settlement Statement-HUD-1</i>)	
Glasses and Contact Lenses		Home Equity Loan/Second Mortgage	
Hospitals & Emergency Visits		Mortgage on Second Home	
Surgical Procedure		Paid to Financial Institution (1098)	
Medical Equipment Rental		Paid to Individual	
Skilled Nursing Care		Name:	
Prescribed Physical Aids		Address:	SSN:
Medicare Part B		Investment Interest paid	
Other Medical Professionals			
Other Medical (Describe)			
Medical Transportation			
Medical Miles Driven in your Vehicle		CHARITABLE CONTRIBUTIONS	
		<i>(Receipt required for single donations of \$250.00 or more)</i>	
		Church/Temple/Mosque	
		United Way	
		Scouts	
		Other (list)	
STATE & LOCAL TAXES		Volunteer Mileage	
Home Real Estate Taxes		Donation of a Vehicle	
Other Real Estate Taxes		Non-Cash Contributions	
Personal Property Tax (autos, boat)			
Other State or Local Tax		<i>(If \$500.00 or more, enclosed receipt with name and address of organization and describe how the fair market value was determined)</i>	
CASUALTY OR THEFT LOSS (For natural disasters only)		MISCELLANEOUS DEDUCTIONS	
Type of Property:		Tax Return Preparation Fee (2019)	
Describe Loss:		Safe Deposit Box (store investments)	
Cost or Basis of Property		Investment Expense (enclose list)	
Insurance Reimbursement		Job Hunting Expenses (enclose list)	
Fair Market Value Before Loss		Gambling Losses	
Fair Market Value After Loss		Prof Association or Union Dues	