

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

SI, REFERIDO POR: _____

****Favor De Contestar Todas Las Preguntas ****

SECCION 1		INFORMACION PERSONAL	
Nombre del Contribuyente: _____			
Número de Seguro Social/ITIN: _____		Ocupación: _____	
Estado Civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/>			
Dirección: _____		Apartamento# _____	
Ciudad _____		Estado _____	
		Código Postal _____	
No. Teléfono de Casa _____		No. Teléfono de Celular _____	
Fecha de nacimiento (mes) ____ (día) ____ (año) ____		Correo Electrónico: _____	
¿Es usted ciego? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Estudiante Tiempo Completo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Puede usted ser declarado como depende de otra persona? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En algún momento durante 2021, ¿recibió, vendió, intercambió o dispuso de algún interés financiero en alguna moneda virtual? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Contesta Si, proveer Forma 1099-B y/o 1099-K			
IMPORTANTE			
DEBE RESPONDER Y, EN CASO DE QUE SI, PROVEER LA CARTA O AVISO DEL IRS QUE LE ENVIARON POR CORREO:			
En 2021, ¿recibió pagos de estímulo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad: \$ _____ Contesta Si, proveer el Aviso del IRS 1444-C			
En 2021, ¿recibió pagos anticipados de crédito tributario por hijos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Contesta Si, proveer la carta 6419 del IRS.			
Escriba las cantidades:			
Julio \$ _____ Agosto \$ _____ Septiembre \$ _____ Octubre \$ _____ Noviembre \$ _____ Diciembre \$ _____			
En 2021, ¿tenía cobertura de seguro médico a través del gobierno Marketplace (Exchange)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Contesta Si, proveer el Formulario 1095-A			
INFORMACION SOBRE CONYUGE (Solo llenar si eres casado/a legalmente)			
Nombre de la (el) Cónyuge: _____			
Número de Seguro Social: _____		Ocupación: _____	
No. Teléfono de casa _____		No. Teléfono de celular _____	
Fecha de nacimiento: (mes) ____ (día) ____ (año) ____		Correo Electrónico: _____	
¿Es usted ciego? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Estudiante Tiempo Completo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Puede usted ser declarado como depende de otra persona? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
SECCION 2		INFORMACION DE DEPENDIENTE	
Nombre del primer (1ro) dependiente: _____			
Número de Seguro Social: _____		Fecha de Nacimiento: _____	
Relación (hijo, hija, sobrino(a), etc.): _____		Estudiante Tiempo Completo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Número de meses que el dependiente vivió en su casa en el 2021 _____		Discapacitado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Su dependiente tuvo ingreso más de \$1000? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Su dependiente requerido declarar impuestos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre del segundo (2do) dependiente _____			
Número de Seguro Social: _____		Fecha de Nacimiento: _____	
Relación (hijo, hija, sobrino(a), etc.): _____		Estudiante Tiempo Completo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Número de meses que el dependiente vivió en su casa en el 2021 _____		Discapacitado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Su dependiente tuvo ingreso más de \$1000? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Su dependiente requerido declarar impuestos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

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 2021	Discapacitado? 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 2021	Discapacitado? 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 2021	Discapacitado? Sí__ No__
¿Su dependiente tuvo ingreso más de \$1000? Sí__ No__	¿Su dependiente requerido declarar impuestos? Sí__ No__

SECCION 3 TIPO DE INGRESO

<input type="checkbox"/> Salary / Wages - W2 <input type="checkbox"/> Self-Employed / Business Income <input type="checkbox"/> Independent Contractor- 1099-NEC <input type="checkbox"/> Commission / Fees <input type="checkbox"/> Cash Payments <input type="checkbox"/> Unemployment – 1099-G <input type="checkbox"/> Health Savings Account <input type="checkbox"/> Did you sell Any Stocks/Bonds? <i>(If yes, enclosed 1099-B & cost info)</i> <input type="checkbox"/> Social Security Benefits	<input type="checkbox"/> Railroad Retirement <input type="checkbox"/> Pension / Retirement - 1099-R <input type="checkbox"/> IRA Contributions/Distributions <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 <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 DEDUCCIONES/CREDITOS

En 2021, ¿pagó por el **cuidado de niños o dependientes**? Sí No **Contesta Si, proveer Forma W-10 o carta de recibo**

Nombre de Dependiente: _____ Cantidad Pago \$ _____
 Nombre de Persona o Guardería: _____ Número de Teléfono #: _____
 Dirección: _____
 Ciudad/Estado/Código Postal _____ Numero de empleador o seguro social _____

Nombre de Dependiente: _____ Cantidad Pago \$ _____
 Nombre de Persona o Guardería: _____ Número de Teléfono #: _____
 Dirección: _____
 Ciudad/Estado/Código Postal _____ Numero de empleador o seguro social _____

Nombre de Dependiente: _____ Cantidad Pago \$ _____
 Nombre de Persona o Guardería: _____ Número de Teléfono #: _____
 Dirección: _____
 Ciudad/Estado/Código Postal _____ Numero de empleador o seguro social _____

¿Pagó matrícula universitaria para usted o para algún dependiente? Sí No **Contesta Si, proveer el Formulario 1098-T con comprobantes de pagos, como recibos, historial de pagos o estados de cuenta de matrícula y gastos pagado.**

Nombre de la Escuela/Institución: _____
 Dirección: _____
 Ciudad/Estado/Código Postal _____ Federal ID # _____

¿Pagó algún interés de **préstamo estudiantil** Sí No **Contesta Si, proveer Formulario 1098-E**

¿Hizo alguna contribución y/o distribución de **HSA o IRA**? Si No **Contesta Si, proveer Formulario 8889 o 5498**

¿Pago **interés e impuestos de hipoteca** sobre su casa? Si No **Contesta Si, proveer Formulario 1098**

¿Tuvo gastos **médicos y dentales no reembolsados**? Si No **Contesta Si, proveer recibo o carta**



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 \$20.00 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