

BEST RETURN BOOKKEEPING

4600 SOUTH TRACY BLVD. STE. 104, TRACY, CA 95377

TEL: (209)832-0211 FAX : (209)832-5627

WEBSITE : www.bestreturnbookkeeping.com

AVISO: (Favor de llenar todos los espacios donde aplique e indicar cambios.)

Nombre de esposo(a):		Numero de SS/ITIN:	
Fecha de Nacimiento:		Tipo de Trabajo:	
Numero de Telefono:		Email:	
Nombre de esposo(a):		Numero de SS/ITIN:	
Fecha de Nacimiento:		Tipo de Trabajo:	
Numero de Telefono:		Email:	
Dirección Domicilio:			#Apt:
Ciudad/Estado/Codigo:			
(Favor Circular Uno) Estado Civil: Soltero Casado Casado/Separado Cabeza de Familia Viudo(a) Con Dependiente Calificado Reclamado Por Otro			

DEPENDIENTES (Nombre, Inicial, Apellido)	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SS/ITIN	RELACIÓN

LISTA DE DOCUMENTOS RECIBIDOS PARA LA PREPARACION DE IMPUESTOS

- | | |
|-------------------------------------|---|
| Ingresos – W-2 _____ | Autoempleo – Ingresos/Gastos _____ |
| Ingresos/Loteria - W-2G _____ | Retiro Ferroviario – RRB – 1099 - R _____ |
| Retiro/Pension - 1099 – R _____ | Seguro Social – 1099 – SSA _____ |
| Dividendos - 1099 – DIV _____ | Socio de Co/Inc / S – Corp – K-1 _____ |
| Interes Recibido – 1099 – INT _____ | Estado de Gastos de Cierre _____ |
| Pagos de Gobierno – 1099 – G _____ | Contrato de Compra de Automovil _____ |

CUIDADO DE NIÑOS DEPENDIENTES

Nombre: _____	Proveedor #SS/EIN: _____
Nombre/Proveedor: _____	Numero de Telefono: _____
Dirección: _____	Cantidad de Gasto:\$ _____
Nombre: _____	Proveedor #SS/EIN: _____
Nombre/Proveedor: _____	Numero de Telefono: _____
Dirección: _____	Cantidad de Gasto:\$ _____

COBERTURA MEDICA: TODO EL AÑO: _____ PARTE: _____ NINGUNA: _____											
INDICAR MESES: ENE FEB MAR ABR MAY JUN JUL AGO SEPT OCT NOV DIC											
Gasto de Cobertura:\$				Bolsillo:				Millas:			

ESTUDIANTE UNIVERSITARIO/VOCACIONAL:

1098-T (AÑO PASADO): SI _____ **NO** _____ **(ANTE PASADO): SI** _____ **NO** _____

Estudiante:	Año(s) Reclamando: _____	Gasto:\$
Institución:	Tax ID#:	
Dirección:		
Estudiante:	Año(s) Reclamando: _____	Gasto:\$
Institución:	Tax ID#:	
Dirección:		

GASTOS NECESARIOS Y ORDINARIOS: (FAVOR DE NO REDONDEAR)

*Comenzando 2018, Gastos necesarios y ordinaries no seran permitidos a nivel federal con excepción de miembros de las fuerzas armadas, ciertos funcionarios de gobierno, artistas/interpretes de oficio.

Lic. De Vehiculo (DMV):	Gastos/Declaración:
Botas/Uniformes:	Otros Gastos:
Herramientas:	
Union Reg/Suplementaria:	Millas Laborables 1er Año: Si _____ No _____
Adiestramientos/Licencias:	Vehiculo – Año: _____ Modelo: _____
Donativos(Effectivo):	Fecha Puesto en Servicio: _____
Donativos(Articulos):	Millas(Trabajo): _____ Totales: _____
*Donativos con un Valor de Mercado de \$250 o Mas se Requiere recibo(s) (Indique Abajo)	*Personas que Tomen Deducción por Millas se Requiere Registro (Mano Escrito/Computadora)

DONATIVOS EN FORMA DE ARTICULOS – VEHICULOS (INCLUIR CERTIFICADO)

Organización:	Tax ID #:
Dirección:	

PERDIDAS POR ROBO/DESASTRES NATURALES DECLARADOS (GOB. FEDERAL)

# DE IDENTIFICACIÓN (FEMA):	
Tipo de Propiedad:	Dirección (Domicilio):
Adquirido(Fecha):	Costo/Ajustado:
Evento (Fecha):	(VDM)Antes:
Reembolso(Seguro):	(VDM)Despues:

PENSIÓN ALIMENTICIA PAGADA (MATRIMONIOS SOLAMENTE)

*Matrimonios finalizados despues de Diciembre 31, 2018 no podrán ser deducible.

Nombre:	Nombre:
#SS/ITIN:	#SS/ITIN:
Cantidad Pagada:	Cantidad Pagada:

FAVOR DE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS

1.	Pagastes prestamo estudiantil? (Año pasado) (Favor proveer foma 1098-E ó cantidad de interés que pagó)	Sí	No
2.	Compró un vehículo nuevo? (Año pasado) (Favor proveer contrato de compra)	Sí	No
3.	Compró/Vendió casa(s) durante año contributivo? (Favor proveer estado de gastos de cierre)	Sí	No
4.	Compró/Vendió casa(s) de renta durante año contributivo? (Favor proveer estado de gastos de cierre)	Sí	No
5.	Recibio distribuciones de cuenta de retiro/pension ó SSA? (Favor proveer forma 1099-R, 1099-SSA)	Sí	No
6.	Recibio ingresos de venta de acciones? (bolsa de valores) (Favor proveer forma 1099-B, 1099-DIV, resumen de transacciones)	Sí	No
7.	Recibio ingresos de interes de banco/retiro, venta de acciones? (Favor proveer forma 1099-INT, 1099-B)	Sí	No
8.	Recibio pagos de agencias gubernamentales? (Favor proveer forma 1099-G, 1099-INT)	Sí	No

DEPOSITO DIRECTO: **CHEQUES** _____ **AHORROS** _____

Banco: _____ #Ruta: _____ #Cuenta: _____

POLÍTICA DE PRIVACIDAD: TODA LA INFORMACION PERSONAL Y BANCARIA SE UTILIZARÁ SOLO PARA COMPLETAR SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS. NO SE VA A COMPARTIR NINGUNA INFORMACIÓN PRESENTADA POR EL CONTRIBUYENTE A NINGÚN TERCERO, EXCEPTO CUANDO LO REQUIERA LA LEY. TODOS LOS REGISTROS SE MANTIENEN CONFORMES A LAS REGULACIONES FEDERALES PARA PROTEGER SU INFORMACIÓN PERSONAL CONTRA EL USO NO AUTORIZADO.

LICENCIA / IDENTIFICACIÓN:

Numero:	Estado:	Emitida:	Exp:
Numero:	Estado:	Emitida:	Exp:

PAGAR SERVICIO DEL REEMBOLSO CARGOS APLICAN (pregunte): Sí _____ No _____
 Metodo de Pago: Effectivo Credito Debito Cheque Pago Recibida: \$ _____
 #Tarjeta: _____ Exp: _____ Cvc: _____ Zip: _____

Yo(Nosotros) certifico que toda la información presentada para la declaración de impuestos es exacta y fiel a lo mejor de mi conocimiento.

_____ (Contribuyente)

_____ (Spouse)