

**Necesitará lo siguiente:**

- Información tributaria, tales como los Formularios W-2, 1099, 1098.
- Tarjeta de Seguro Social o carta del Número de Identificación del Contribuyente Personal (ITIN, por sus siglas en inglés), para cada persona nombrada en su declaración de impuestos.
- Identificación con foto (tal como una licencia de conducir vigente) para usted y su cónyuge.

• Por favor complete las páginas 1 a 3 de este formulario.

- Usted es el responsable de la información en su declaración de impuestos. Por favor provea la información exacta y completa.
- Si tiene preguntas, por favor hágalas al preparador certificado voluntario del IRS

**Parte I – Su información personal**

1. Su nombre		Inicial	Apellido		¿Es usted ciudadano de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. Nombre de su cónyuge		Inicial	Apellido		¿Es su cónyuge ciudadano de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. Dirección postal			Número de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
4. Número(s) de teléfono(s)			Correo electrónico (opcional)			
5. Su fecha de nacimiento		6. Su ocupación		7. El año pasado, era usted: a. Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. Total y permanentemente incapacitado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c. Legalmente ciego <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
8. Fecha de nacimiento de su cónyuge		9. Ocupación de su cónyuge		10. El año pasado, era su cónyuge: a. Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. Total y permanentemente incapacitado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c. Legalmente ciego <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
11. ¿Hay otra persona que puede reclamarle a usted o a su cónyuge como dependiente en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé						
12. Usted o su cónyuge: a. ¿Ha sido víctima de robo de identidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. ¿Ha adoptado a un niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						

**Parte II – Estado civil e información sobre la unidad familiar**

1. Para el 31 de diciembre del año pasado, su estado civil era:

Soltero (Esto incluye uniones domésticas registradas, uniones civiles u otras relaciones formales según la ley estatal)

Casado a. ¿Vivió con su cónyuge en cualquier momento durante los últimos seis meses de 2014?  Sí  No

Divorciado o Legalmente Separado b. ¿Se reconoció su matrimonio según las leyes del(de los) estado(s) donde usted presenta su declaración de impuestos?  Sí  No  No Sé

Fecha del fallo final de divorcio o del acuerdo de manutención por separación \_\_\_\_\_

Viudo(a) Año de fallecimiento del cónyuge \_\_\_\_\_

2. Identifique a continuación:

- **Toda persona** que vivió con usted el año pasado (*aparte de usted y su cónyuge*)
- **Toda persona** a quien usted mantuvo, pero que no vivió con usted el año pasado

Si necesita espacio adicional, marque aquí  y continúe la lista en la página 3

Nombre (primer, apellido) No anote su propio nombre ni el nombre de su cónyuge a continuación	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)	Parentesco con usted (ejemplo: hijo, hija, padre, ninguno, etc)	Número de meses que vivió en su hogar el año pasado	Ciudadano de EE.UU. (sí o no)	Residente de EE.UU., Canadá o México el año pasado (sí o no)	Estaba soltero o casado Dic. 31/14 (S/C)	Estudiante a tiempo completo el año pasado (sí o no)	Total y permanentemente incapacitado (sí o no)	Para ser completado por el Preparador Voluntario Certificado				
									¿Hay otra persona que puede reclamar a esta persona como dependiente en su declaración de impuestos? (sí o no)	¿Proveyó esta persona más del 50% de su propia manutención? (sí o no)	¿Recibió esta persona menos de \$3900 de ingresos? (sí o no)	¿Proveyó el contribuyente más del 50% de la manutención de esta persona? (sí o no)	¿Pagó el contribuyente más de la mitad del costo de mantener una casa para esta persona? (sí o no)
(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)					

Los Voluntarios son capacitados para proveer un servicio de alta calidad y mantener los más altos estándares éticos.

Para informar al IRS de cualquier acción que no cumple con la ética, envíenos un correo electrónico a [vi.voltax@irs.gov](mailto:vi.voltax@irs.gov) o llame a la línea gratuita al 1-877-330-1205

Sí	No	No Sé	Marque el encasillado apropiado para cada pregunta en cada sección
----	----	-------	--

**Parte III – Ingresos – El año pasado, Recibió usted (o su cónyuge)**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. (B) ¿Salarios o sueldos? (Form W-2) Si contestó afirmativamente, ¿cuántos trabajos tuvo el año pasado? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. (A) ¿Ingresos por concepto de propinas?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. (B) ¿Becas? (Forms W-2, 1098-T)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. (B) ¿Intereses/Dividendos de: cuentas de cheque o de ahorros, bonos, certificados de depósitos, corretaje? (Forms 1099-INT, 1099-DIV)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. (B) ¿Reembolsos de impuestos estatales/locales sobre el ingreso? (Form 1099-G)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. (B) ¿Ingresos de pensión para el cónyuge divorciado?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. (A) ¿Ingresos del trabajo por cuenta propia? (Forms 1099-MISC, dinero en efectivo)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. (A) ¿Pagos de dinero en efectivo o cheque por cualquier trabajo realizado pero no declarado en los Forms W-2 ó 1099?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. (A) ¿Ingresos (o pérdidas) por la venta de acciones, bonos o bienes inmuebles? (incluyendo su hogar) (Forms 1099-S, 1099-B)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. (B) ¿Ingresos por incapacidad? (tales como pagos de seguro o compensación a trabajadores por accidentes en el trabajo) (Forms 1099-R, W-2)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. (A) ¿Distribuciones de Pensiones, Anualidades y/o Arreglos de ahorros para la jubilación (IRA, por sus siglas en inglés)? (Form 1099-R)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. (B) ¿Compensación por desempleo? (Form 1099-G)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. (B) ¿Beneficios del Seguro Social o de la jubilación ferroviaria? (Forms SSA-1099, RRB-1099)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. (M) ¿Ingresos (o pérdidas) por alquiler de propiedad?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. (B) ¿Otros ingresos? (juegos de azar, lotería, premios, galardones, servicio de jurado, Anexo K-1, etc.) (Form W-2G) Especifique _____

**Parte IV – Gastos – El año pasado, pagó usted (o su cónyuge)**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. (B) ¿Pensión para el cónyuge divorciado? Si contestó afirmativamente, ¿tiene el SSN del destinatario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Aportaciones a una cuenta de jubilación? _____ IRA (A) _____ IRA tipo Roth (B) _____ 401K (B) _____ Otra _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. (B) ¿Gastos de educación postsecundaria pagados para usted, su cónyuge o sus dependientes? (Form 1098-T)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. (B) ¿Gastos de negocio del empleado que no se le reembolsaron? (tales como uniformes o millaje)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. (B) ¿Gastos médicos? (incluyendo primas de seguro de salud)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. (B) ¿Intereses hipotecarios de vivienda? (Form 1098)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. (B) ¿Impuestos sobre bienes inmuebles para su hogar o impuestos sobre la propiedad personal para su vehículo? (Form 1098)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. (B) ¿Donaciones caritativas?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. (B) ¿Gastos por el cuidado de menores y dependientes, tales como servicios de guardería?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. (B) ¿Gastos para materiales utilizados por un educador que reúne los requisitos, tal como un maestro, asistente de maestro, consejero, etc.?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. (A) ¿Gastos relacionados con los ingresos del trabajo por cuenta propia u otro ingreso que usted recibió?

**Parte V – Acontecimientos Importantes en la Vida – El Año Pasado, Usted (o su Cónyuge)**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. (HSA) ¿Tuvo una cuenta de ahorros para gastos médicos? (Forms 5498-SA, 1099-SA, W-2 con el código W en el encasillado 12)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. (COD) ¿Tuvo una deuda hipotecaria o de tarjeta de crédito que el prestamista comercial le canceló/condonó? (Forms 1099-C, 1099-A)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. (A) ¿Compró, vendió o tuvo una ejecución hipotecaria (COD, por sus siglas en inglés) de su vivienda? (Form 1099-A)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. (B) ¿Le fue denegado en un año anterior el crédito por ingreso del trabajo (EIC, por sus siglas en inglés)? Si contestó afirmativamente, ¿en qué año tributario? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. (A) ¿Compró e instaló equipo de eficiencia energética en su hogar? (tales como ventanas, calefacción, material de aislamiento, etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. (B) ¿Vivió en una zona que se vio afectada por un desastre natural? Si contestó afirmativamente, ¿dónde? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. (A) ¿Recibió en 2008 el crédito tributario para comprador de primera vivienda?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. (B) ¿Pagó intereses sobre un préstamo para estudios? (Form 1098-E)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. (B) ¿Efectuó pagos de impuestos estimados o aplicó el reembolso del año anterior a sus impuestos del año en curso? Si contestó afirmativamente, ¿cuánto? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. (A) ¿Presentó una declaración de impuestos federales el año pasado que incluyera una “pérdida de capital trasladada al año en curso” en el Anexo D del Form 1040?

Sí	No	No Sé	Marque el encasillado apropiado para cada pregunta en cada sección
----	----	-------	--

**Parte VI: Cobertura de Cuidado de Salud (Incluye CHIP, Medicare, Medicaid, Auspiciado por el Empleador, Seguro de Salud Individual, etc.)**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. El año pasado, ¿tenía la cobertura de cuidado de salud para usted, su cónyuge y todos los dependientes calificados? (Forms W-2, 1099 SSA, 1095A, etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. El año pasado, ¿recibió usted o su cónyuge un anticipo del Marketplace para ayudarle a pagar mensualmente su plan médico? (Form 1095A)

Visite <http://www.healthcare.gov/> o llame al 1-800-318-2596 para obtener más información sobre las opciones de cobertura de seguro médico y asistencia.

Si usted está recibiendo los pagos adelantados del crédito tributario de prima, para ayudarle a pagar los costos de su cobertura de seguro médico, usted debería reportar a su Mercado de Seguros Médicos, cambios en su vida, tales como los ingresos, estado civil o el tamaño familiar. El reportar estos cambios le ayudará a cerciorarse que usted está recibiendo la cantidad correcta de los pagos por adelantado.

**Para ser completado por el Preparador Voluntario Certificado** (Utilice la Publicación 4012, VITA/TCE Volunteer Resource Guide (Guía de recursos para los voluntarios de VITA/TCE), en inglés y marque el(los) encasillado(s) apropiado(s) indicando el estatus de la cobertura de cuidado de salud para todas las personas detalladas en la declaración de impuestos)

Tenía Cobertura de Cuidado de Salud	(B) Todo el año (12 meses)	(B) Parte del año (Menos de 12 meses)	(B) Ninguna Cobertura de Cuidado de Salud	(B) Califica para una exención
Contribuyente				
Cónyuge				
Dependiente número 1 (página 1)				
Dependiente número 2 (página 1)				
Dependiente número 3 (página 1)				
Dependiente número 4 (página 1)				

**Parte VII- Preguntas e Información Adicional relacionadas con la Preparación de su Declaración de Impuestos**

- Fondo de Campaña Electoral Presidencial (Si usted marca el encasillado, su impuesto o reembolso no cambiará)  
 Marque aquí si usted o su cónyuge, si declaran conjuntamente, desea que \$3 vayan a este fondo  Usted  Cónyuge
- Si usted tiene derecho a un reembolso, le gustaría:
  - Depósito directo  Sí  No
  - Comprar Bonos de Ahorros de los EE.UU.  Sí  No
  - Dividir su reembolso entre diferentes cuentas  Sí  No
- Si usted tiene un saldo adeudado, ¿le gustaría hacer un pago directamente de su cuenta de bancaria?  Sí  No

**Muchos centros de preparación de impuestos gratuitos operan por recibir dinero de subvenciones. Los datos de las siguientes preguntas pueden ser utilizados por estos centros para solicitar estas subvenciones. Sus respuestas se utilizarán solamente con propósitos estadísticos.**

- ¿Además del español, que idioma se habla en su casa? \_\_\_\_\_  Prefiero no contestar
- ¿Es usted o un miembro de su hogar considerado incapacitado?  Sí  No  Prefiero no contestar

Comentarios adicionales

---



---



---



---

**Parte VIII – Sección del Revisor de Calidad Voluntario Certificado por el IRS**

**Revise la declaración de impuestos con el contribuyente para asegurar que:**

- La identidad del contribuyente (y cónyuge) fue verificada con una identificación con foto.
- El preparador voluntario/revisor de calidad son certificados para preparar/revisar esta declaración de impuestos y la declaración está dentro de los objetivos del programa.
- Todos los encasillados No estoy Seguro, fueron repasados con el contribuyente y marcados correctamente sí o no.
- La información de las páginas uno a la tres fue tratada correctamente y se trasladó a la declaración de impuestos.
- Los nombres, SSN, ITIN y EIN se verificaron y transfirieron correctamente a la declaración de impuestos.
- El estado civil para efectos de la declaración, fue verificado y correcto.
- Las exenciones personales y por dependientes, se indicaron correctamente en la declaración de impuestos.
- Todo ingreso (incluyendo el ingreso con o sin los documentos originales) que se marcó “Sí” en la Parte III, se transfirió correctamente a la declaración de impuestos.
- Los ajustes son correctos.
- Las deducciones estándar, adicionales o detalladas, están correctas.
- Todos los créditos se informaron correctamente.
- Toda información sobre la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, se informó correctamente.
- Las retenciones del impuesto indicadas en los Formularios W-2, 1099 y en los pagos de impuestos estimados, se informaron correctamente.
- Los números de cuenta de débito/depósito directo y cuenta de cheques/ahorros, están correctos.
- El número de SIDN es correcto en la declaración de impuestos.
- Se le advirtió al(a los) contribuyente(s) que es/son responsable(s) de la información presentada en la declaración de impuestos.

Nombre del Preparador Voluntario Certificado y sus iniciales <i>(opcional)</i>	Nombre del Revisor de Calidad Voluntario Certificado y sus iniciales <i>(opcional)</i>
--	--

Notas Adicionales del Preparador de Impuestos

---



---



---



---

**Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites**

La Ley de Confidencialidad de Información de 1974 requiere que cuando le pidamos información, se divulgue de dónde proviene nuestro derecho legal para pedírsela, el por qué se la pedimos y cómo la vamos a usar. También debemos informarle de lo que podría pasar si no la recibiéramos y si su respuesta es voluntaria, necesaria para recibir algún beneficio u obligatoria.

Nuestro derecho legal para pedirle la información proviene del Código de los Estados Unidos 5 U.S.C. 301. Le pedimos esta información para ayudarnos en comunicarnos con usted referente a su deseo de participar y/ o su participación actual en los programas de preparación de las declaraciones de impuestos por voluntarios y los programas de enlace con la comunidad del IRS. La información también podría usarse para establecer controles eficaces, enviar correspondencia y dar reconocimiento a los voluntarios. Su respuesta es voluntaria. Sin embargo, si usted no proporciona la información pedida, puede que el IRS no logre aprovechar de su ayuda con estos programas.

La Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) exige que el IRS muestre un número de control de la Office of Management and Budget (Oficina de Administración y Presupuesto, u OMB, por sus siglas en inglés) en toda la información que solicita al público. El número de control de la OMB para este estudio es 1545-1964. Además, si tiene algún comentario relacionado con los estimados de tiempos asociados con este estudio o alguna sugerencia sobre cómo simplificar este proceso, por favor escriba al Internal Revenue Service, Tax Products Coordinating Committee, SE:W:CAR:MP:T:T:SP, 1111 Constitution Ave. NW, Washington, DC 20224