

Informacion personal

Nombre completo: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Numero de seguro social _____
 Numero de licencia de conducir y estado: _____ Condado de residencia _____

Informacion Personal del Conyuge

Nombre completo: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Numero de seguro social _____
 Numero de licencia de conducir y estado: _____ Condado de residencia _____

Si usted y su cónyuge están separados, **COMPRUEBE AQUÍ** o viva en hogares separados, **COMPRUEBE AQUÍ**
 Información del dependiente (indique solo las personas a las que tiene derecho a reclamar en su declaración de impuestos)

Nombre:	Edad y relacion:	SSN:
Nombre:	Edad y relacion:	SSN:
Nombre:	Edad y relacion:	SSN:
Nombre:	Edad y relacion:	SSN:

Información de ingresos primarios ¿Es usted o su cónyuge autónomo? **SÍ** **NO** Sus ingresos (Esto incluye todos los ingresos, incluidos los ingresos del Seguro Social, el desempleo, las pensiones y la jubilación)

Nombre del empleador:		Ocupacion:	
Fecha de contratacion		Periodo de Pago:	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro
Ingresos por periodo de pago:	\$	Numero de exenciones reclamadas en el formulario w-4:	

Spouse Income

Nombre del empleador:		Ocupacion:	
Fecha de contratacion		Periodo de Pago::	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro
Ingresos por periodo de pago	\$	Numero de exenciones reclamadas en el formulario w-4:	

Informacion de Cuenta Bancaria

Tipo de cuenta	Nombre del banco	Numero de cuenta	Saldo actual

Efectivo actual disponible (incluye efectivo que no está en el banco): \$ _____

Propiedad alquilada

Dirección de Arrendamiento:					
Descripción de la propiedad:		Pago mensual:	\$	Fecha de vencimiento del contrato de arrendamiento:	

Propiedad inmobiliaria

Nombre y dirección del prestamista:					
Precio de compra:	\$	Compra/Refi Dia :		Pago mensual:	\$
Saldo hipotecario:	\$	Valor actual:	\$	Fecha de pago final:	
Dirección de la propiedad:			Descripción de la propiedad:		

¿Se utiliza esta propiedad como alquiler o para generar ingresos? Sí No

En caso afirmativo, por favor estime el monto mensual de ganancias o pérdidas aquí: \$ _____

Inversiones

Tipo de Inversión		Nombre completo de la empresa	Valor corriente total	Saldo De Prestamo sobresaliente	Cantidad concedido Fondos
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$

Vehículos (coches, camiones, vehículos todoterreno, barcos, autocaravanas, etc.)

Tipo de uso:	Operador primario	Fecha de compra	año	Marca/modelo	Kilometraje	Pago mensual
1 personal <input type="checkbox"/> Negocio <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/>						\$
2 personal <input type="checkbox"/> Negocio <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/>						\$
3 personal <input type="checkbox"/> Negocio <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/>						\$
¿Financiado?	Nombre del prestamista	Vino / techo	Fecha final de pago	Saldo del préstamo	Valor actual	
1 Y N				\$	\$	
2 Y N				\$	\$	
3 Y N				\$	\$	

Gastos relacionados con la vivienda

Eléctrico	\$	Préstamos Estudiantiles	\$	Otros pagos ordenados por la corte	\$
Gas de la casa	\$	Guardería infantil	\$	Pagos del Acuerdo Estatal de Pago a Plazos	\$

Agua	\$	Manutención infantil	\$	Seguro para inquilinos	\$
Basura	\$	HOA	\$	Impuestos sobre la casa	\$
teléfono celular	\$	Teléfono de la casa	\$	Servicios de TV/Internet	\$
Transporte público	\$	Vehículo en funcionamiento (seguro, gas, reparaciones)			\$
Otro (Describa)					\$
Otro (Describa)					\$

Gastos relacionados con la medicina

Seguro de salud	\$	Prescripciones	\$
-----------------	----	----------------	----

Seguro de vida

Nombre del asegurado		Empresa	
Valor actual en efectivo	\$	Outstanding Loan	\$
Propietario de la Política		Payment Amount	\$
Tipo de Política: Término <input type="checkbox"/> Universal <input type="checkbox"/>		Prima mensual	\$

Información de Responsabilidad Personal (Crédito disponible: Por favor enumere **todas las** líneas de crédito y tarjetas de crédito)

Institución Financiera Emisora Nombre, Tipo de Crédito y Número de cuenta	Pago mensual	Cantidad adeudada a partir de mm/dd/aaaa	Límite de crédito	Crédito disponible a partir de (mm/dd/aaaa)
	\$		\$	
	\$		\$	

Otra información financiera

- ¿Es usted o su empresa parte en una **demanda**? Sí NO (Sírvase especificar: Demandante Demandado)
- ¿Usted, su cónyuge o su negocio alguna vez se declararon **en bancarota**? SI NO
- En los últimos 10 años, ¿usted o su cónyuge **han residido fuera del país** por más de seis meses? SI NO
- ¿Es usted, su cónyuge o su negocio **beneficiario** de una póliza de **seguro de fideicomiso, patrimonio de vida**? SI NO
- ¿Es usted, un **fideicomisario, fiduciario** colaborador de un **fideicomiso**? SI NO
- ¿Tiene una **caja de seguridad** (de negocios o personal)? SI NO
- ¿Prevé algún **aumento** o **disminución de** sus ingresos? SI NO
- En los **últimos 10 años**, ¿se han transferido **activos** por un valor inferior al valor **total**? SI NO

AFIRMACION DE LA VERDAD

I _____ y _____ afirmamos que la información financiera proporcionada es verdadera y precisa. Entendemos que la información de ingresos y gastos proporcionada será utilizada por Tax Defense Network para resolver mis/nuestras deudas tributarias con las autoridades fiscales federales y estatales, y hemos incluido todos los documentos para apoyar mis reclamos.

Fecha

Firma

Fecha

firma