

SOSA & ASSOCIATES, LLC
434 A South Broadway
Yonkers, New York 10705
Tel: 914-375-7067 Fax: 914-751-8633
Organizador de impuestos - Año 2017

INFORMACION AL CLIENTE:

El costo cobrado por Sosa & Associates LLC. Es únicamente por los servicios de **preparación de Impuestos** proveídos al cliente. Cada declaración de impuestos preparada por Sosa & Associates LLC, Inc. Es revisada con el cliente para asegurarse de la Exactitud y veracidad de toda la información contenida en el mismo; la declaración de Impuestos es únicamente preparada con la información proveída por el cliente y de acuerdo al código de impuestos regulado por el IRS. De tal modo, cualquier Auditoria que el IRS o el Estado implemente y que requieran de nuestros servicios serán proveídos al cliente con un **costo adicional**, a menos que la auditoria sea generada por negligencia de Sosa & Associates LLC. Por la preparación de la declaración de impuestos.



Durante años anteriores nosotros **hemos representado gratuitamente** a nuestros clientes en Auditorias con relación a los créditos por cuidado del niño que otorga el IRS y el Estado. Sosa & Associates LLC. Ha decidido que este es un **servicio adicional** proveído al cliente, de tal modo, se **cobrará** al cliente si la auditoria requiere trabajo adicional realizado por nosotros.

Por favor, asegúrese que tenga evidencia suficiente para presentarla al IRS o el Estado con relación al gasto de cuidado del niño incurrido en el año fiscal en cuestión; tales como, cheques cancelados, Money orders, Estados Bancarios y la información de la babysitter. (Toda información tiene que estar escrita y relacionada al año fiscal que el crédito fue reclamado).

Declaración: Los datos anteriores que presenta este Organizador de Impuestos son exclusivos, precisos y completados de acuerdo a mí (nuestro) conocimiento. **Entiendo que al escribir mi (nuestro) nombre abajo, autorizo el nombre escrito a tener la misma capacidad legal que mi firma.**

Firma del Contribuyente / Fecha:

Pareja Firma / Fecha:

SOSA & ASSOCIATES, LLC

434 A South Broadway

Yonkers, New York 10705

Tel: 914-375-7067 Fax: 914-751-8633

Organizador de impuestos - Año 2017

Marque uno:

- Nuevo Cliente Cliente retornando Cliente Retornando S & T Cliente Retornando JBJ

PRIMERA SECCIÓN: DATOS PERSONAL DEL CLIENTE	
NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE: (Nombre, Apellido)	NOMBRE DEL ESPOSO/A: (Nombre, Apellido)
SOCIAL SECURITY DEL CONTRIBUYENTE:	SEGURO SOCIAL DEL ESPOSO/A:
FECHA DE NACIMIENTO DEL CONTRIBUYENTE:	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESPOSO/A:
OCCUPACION DEL CONTRIBUYENTE:	OCCUPACION DEL ESPOSO/A:

SECCIÓN SEGUNDA: NUMERO TELEFONICO, CORREO ELECTRONICO Y PAGINAS WEBS DEL CLIENTE	
TELEFONO DE LA CASA:	NUMERO DE TELEFONO DE ESPOSO/A:
TELEFONO CELULAR:	TELEFONO CELULAR DEL ESPOSO/A:
TELEFONO DEL TRABAJO:	TELEFONO DEL TRABAJO DEL ESPOSO/A:
CORREO ELECTRONICO:	CORREO ELECTRONICO DEL ESPOSO/A:
PAGINA WEB:	PAGINA WEB DEL ESPOSO/A:

SECCIÓN TERCERA: DIRECCION DEL CLIENTE	
DIRECCION:	PISO O NIVEL:
CIUDAD, ESTADO O CODIGO POSTAL:	CONDADO:

SECCIÓN CUARTA: ESTADO CIVIL DEL CLIENTE	
<input type="radio"/> SOLTERO <input type="radio"/> CASADOS LLENANDO JUNTOS <input type="radio"/> CASADO LLENANDO SEPARADOS <input type="radio"/> CABEZA DE FAMILIA <input type="radio"/> VIUDO (A) FECHA DE MUERTE DE ESPOSO/A _____	

Declaración: Los datos anteriores que presenta este Organizador de Impuestos son exclusivos, precisos y completados de acuerdo a mí (nuestro) conocimiento. Entiendo que al escribir mi (nuestro) nombre abajo, autorizo el nombre escrito a tener la misma capacidad legal que mi firma.	
Firma del Contribuyente / Fecha:	Pareja Firma / Fecha:

SOSA & ASSOCIATES, LLC

434 A South Broadway
Yonkers, New York 10705
Tel: 914-375-7067 Fax: 914-751-8633

Organizador de impuestos - Año 2017

SECCION QUINTA: FUENTES DE INGRESO	SECCIÓN SEXTA: INGRESOS
¿Cómo LE GUSTARIA RECIBIR SU REEMBOLSO? (Marque uno) <input type="radio"/> DEPOSITO DIRECTO- (Libre de Cargos) <input type="radio"/> CHEQUE- (libre de Cargos)	Por favor, marque / Completa todos los que se aplican para el año 2017. <input type="radio"/> W2 <input type="radio"/> 1099 pensiones (jubilación) <input type="radio"/> Trabajan por cuenta propia <input type="radio"/> Ingreso por alquiler <input type="radio"/> Ingreso por Desempleo <input type="radio"/> Recibió beneficios de Seguro Social <input type="radio"/> Ingresos por intereses o Dividendos
Método de reembolso: Marque uno <input type="radio"/> REEMBOLSO RAPIDO (11 días laborables) – CARGOS ADICIONALES APlicAN <input type="radio"/> E-FILE (11-20 días laborables) <input type="radio"/> No estoy esperando ningún reembolso	SECCION OCTABA: RESIDENCIA
	Por favor, marque / Completa todos los que se aplican para el año 2017 <input type="radio"/> Propia Casa <input type="radio"/> Apartamento



SEC TAX SERVICES

SECCION NOVENA: INFORMACION DEL BANCO PARA DEPOSITO DIRECTO	
NOMBRE DEL BANCO:	DBA SOSA & ASSOCIATES, LLC.
ABA/NUMERO DE RUTA#	NUMERO DE CUENTA #
NOMBRE DEL BANCO:	<input type="radio"/> CHEQUERA <input type="radio"/> AHORROS
ABA / NUMERO DE RUTA #	NUMERO DE CUENTA#

SECCION DECIMA: OTROS			
Marque todas las que se aplican para el año 2017:			
¿Usted vendió o compró su Residencia Principal?		Sí / No	
¿Fue notificado por el IRS sobre cambios a la declaración del año anterior?		Sí / No	
¿Ha pagado gastos de educación?		Sí / No	
¿Ha pagado usted préstamo estudiantil?		Sí / No	
Nuevos Clientes (Opcional)			
¿Has visto nuestro anuncio en el periódico?	Sí / No	¿Fue referido por cualquier persona?	Sí / No
¿Has visto nuestro anuncio en la televisión?	Sí / No	¿Has oído nuestro anuncio de radio?	Sí / No
<input type="radio"/> OTROS _____			

Declaración: Los datos anteriores que presenta este Organizador de Impuestos son exclusivos, precisos y completados de acuerdo a mí (nuestro) conocimiento. **Entiendo que al escribir mi (nuestro) nombre abajo, autorizo el nombre escrito a tener la misma capacidad legal que mi firma.**

Firma del Contribuyente / Fecha:	Pareja Firma / Fecha:
----------------------------------	-----------------------

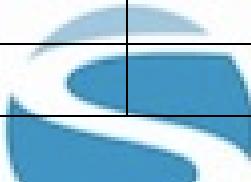
SOSA & ASSOCIATES, LLC

434 A South Broadway
Yonkers, New York 10705
Tel: 914-375-7067 Fax: 914-751-8633

Organizador de impuestos - Año 2017

SECCION DECIMA PRIMERA: INFORMACION DEL DEPENDE-INFORMACION ACERCA DE QUIEN VIVIO EN SU CASA EL AÑO PASADO

APELLIDO	NOMBRE	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	RELACION	FECHA DE NACIMINETO	CUANTOS MESES VIVIO CON USTED



SEC TAX SERVICES

SECCION DECIMA SEGUNDA: PROVEEDORES DE CUIDADO INFANTIL

NOMBRE DEL PROVEEDOR	DIRECCION	NOMBRE DEL DEPENDE	SEGURO SOCIAL/ EIN DEL PROVEEDOR	CANTIDAD PAGADA
				\$
				\$
				\$

Durante años anteriores nosotros **hemos representado gratuitamente** a nuestros clientes en Auditorias con relación a los créditos por cuido del niño que otorga el IRS y el Estado. Sosa & Associates, LLC Ha decidido que este es un **servicio adicional** proveído al cliente, de tal modo, se **cobrará** al cliente si la auditoria requiere trabajo adicional realizado por nosotros.

Declaración: Los datos anteriores que presenta este Organizador de Impuestos son exclusivos, precisos y completados de acuerdo a mí (nuestro) conocimiento. *Entiendo que al escribir mi (nuestro) nombre abajo, autorizo el nombre escrito a tener la misma capacidad legal que mi firma.*

Firma del Contribuyente / Fecha:	Pareja Firma / Fecha:
----------------------------------	-----------------------

SOSA & ASSOCIATES, LLC

434 A South Broadway
Yonkers, New York 10705
Tel: 914-375-7067 Fax: 914-751-8633

EIC (Ingresos que le acreditan) Diligencia debida
(Por favor tener toda evidencia)
Para ser llenada solo por los preparadores de impuestos

INFORMACION DE DEPENDES					
APELLIDO	NOMBRE	SSN (SEGURO SOCIAL)	RELACION	VIVIO CON	# DE MESES

EVIDENCIA OPTENIDA (MANTENER UNA COPIA DE LAS SIGUIENTES)

CUANDO LOS CONTRIBUYENTES NO SON LOS PADRES DE LOS DEPENDES POR FAVOR EXPLICAR DONDE ESTAN Y PORQUE LOS PADRES ESTAN AUTORIZANDO LLENAR CON SUS HIJOS.

- PARTIDA DE NACIMIENTO TARJETA DEL SEGURO SOCIAL PAPELES DE CORTE DOCUMENTOS DE SERVICIOS SOCIALES

DBA SOSA & ASSOCIATES LLC.

EVIDENCIA FISICA DE QUE EL CONTRIBUYENTE VIVE CON LOS/ EL DEPENDE (POR FAVOR HACER COPIAS)

EJEMPLO – PRUEBA DE DIRECCION

- CARTA DE LA ESCUELA TARJETA DE SEGURO
 CARTA DEL MEDICO CARTA GUBERNAMENTAL QUE HAYA RECIVIDO

INGRESOS DE TRABAJO INDEPENDIENTE

- ESTADO DE BANCO * NEGOCIO Y * PERSONAL
 APOYO DE GASTOS(RECORD DE RECIBOS DEL CLIENTE)
 RECIBOS DE PAGO EN CASH
 OTHER:

ACUERDO ENTRE LOS PADRES EN EL CUAL ESPECIFIQUE QUIEN VA A RECLAMAR EL EIC.

(TIENE QUE ESTAR POR ESCRITO)

SOSA & ASSOCIATES, LLC

434 A South Broadway
Yonkers, New York 10705
Tel: 914-375-7067 Fax: 914-751-8633

Organizador de impuestos - Año 2017

PARA PERSONAS CON EMPLEO INDEPENDIENTE

Por favor, complete la mayor información posible. Llene el importe total anual de todas las cuentas apropiadas para su negocio. Si usted tiene más de un negocio, por favor complete el formulario separado para cada uno.

Nombre del Contribuyente:	Nombre del Negocio:
NUMERO DE IDENTIFICACION DEL CONTRIBUYENTE(EIN):	DIRECCION DE LA EMPRESA

INGRESOS: Lista de sus ingresos o los ingresos de este negocio para el año 2017

TIPO DE INGRESOS	CANTIDAD
	\$
	\$
	\$

GASTOS DEL NEGOCIO lista de sus gastos de este negocio para el año 2017

Nombre del artículo	Cantidad	Nombre del artículo	Cantidad
Publicidad		Renta	
• Anuncios		oficina en casa	
• Letreros		Salarios de los empleados y otras compensaciones	
• Tarjetas		Utilidades	
• Brochures		Viajar	
		Entretenimiento (incluyendo comida)	
Auto y gastos de camiones		Artículos de oficina y equipamiento	
		Honorarios de contable y abogado	
Comisiones		Reparaciones	
		Deudas incobrables (ventas de negocios deducibles)	
Seguros		interés en la compra de negocios	
		Gastos de mudanza	
Servicios legales y Profesionales		Software	
		Contribuciones caritativas	
Licencia /Cuota /Entrenamientos y Seminarios		Impuestos	
		Honorarios de instituciones financieras	
Electricidad comercial/Servicios de gas público y agua		Gastos de estacionamiento y transporte público	
		Publicaciones relacionadas con el negocio	
Teléfono celular / Teléfonos		Pérdidas por accidentes y robo	
		Franqueo	
Mantenimiento del Espacio Comercial		Otros gastos	
Limpieza / Limpieza de Locales Comerciales			
Pagos de arrendamiento		Total de Gastos	

Declaración: Los datos anteriores que presenta este Organizador de Impuestos son exclusivos, precisos y completados de acuerdo a mí (nuestro) conocimiento. *Entiendo que al escribir mi (nuestro) nombre abajo, autorizo el nombre escrito a tener la misma capacidad legal que mi firma.*

Firma del Contribuyente / Fecha:	Pareja Firma / Fecha:
----------------------------------	-----------------------

SOSA & ASSOCIATES, LLC

434 A South Broadway
Yonkers, New York 10705
Tel: 914-375-7067 Fax: 914-751-8633

Organizador de impuestos - Año 2017

PARA CORPORACIONES Y TAXI:

Por favor, complete la mayor información posible. Llene el importe total anual de todos los elementos apropiados para su negocio. Si usted tiene más de un negocio, por favor complete el formulario separado para cada uno.

Nombre del Contribuyente:	Nombre del Negocio:
NUMERO DE IDENTIFICACION DEL CONTRIBUYENTE(EIN):	DIRECCION DE LA EMPRESA:

INGRESOS: Lista de sus ingresos o los ingresos de este negocio para el año 2017

TIPO DE INGRESOS	CANTIDAD
	\$
	\$
	\$

GASTOS DEL NEGOCIO lista de sus gastos de este negocio para el año 2017

Nombre del artículo	Cantidad	Nombre del artículo	Cantidad
• CONTABILIDAD		• CONTRASTITAS INDEPENDIENTES	
• AMORTIZACION		• PARQUEOS Y PEAJES	
• GASTOS DE VEHICULOS Y CAMIONES		• COSTO DE PERMISOS	
• CARGOS BANCARIOS		• CORREO	
• LIMPIEZA		• IMPRENTA	
• COMISIONES		• SEGURIDAD	
• SERVICIOS DE COMPUTADORA Y MATERIALES		• MATERIALES	
•		• TELEFONO	
• FLETES		• HERRAMIENTAS	
• DESCUENTOS		• ENTRENAMIENTOS	
• SUBScriPCIONES		• VIAJES	
• RENTA DE EQUIPOS		• UNIFORMES	
• DONACIONES		• SERVICIOS SANITARIOS	
• SEGUROS		• GASTOS LEGALES Y PROFESIONALES	
• DIETA Y ENTRETENIMIENTO, SUJETO AL LIMITE DEL 50%		• MISCELANEOUS	
• DIETA Y ENTRETENIMIENTO, SUJETO AL LIMITE DEL 80%		• GASTOS DE OFICINA	
• DIETA Y ENTRETENIMIENTO, PERMITIDO HASTA EL 100%		• GASTOS ORDINARIOS DE ASOCIACIONES	
		• OTHER: _____	
		• Total de Gastos	

Declaración: Los datos anteriores que presenta este Organizador de Impuestos son exclusivos, precisos y completados de acuerdo a mí (nuestro) conocimiento. *Entiendo que al escribir mi (nuestro) nombre abajo, autorizo el nombre escrito a tener la misma capacidad legal que mi firma.*

Firma del Contribuyente / Fecha:	Pareja Firma / Fecha:
----------------------------------	-----------------------