

Hoja de Admisión/Entrevista y Verificación de Calidad

Necesitará lo siguiente:

- Información tributaria, tales como los Formularios W-2, 1099, 1098, 1095.
- Tarjeta de Seguro Social o carta del Número de Identificación del Personal Contribuyente (*ITIN*, por sus siglas en inglés), para cada persona 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	Número de teléfono	¿Es usted ciudadano de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. Nombre de su cónyuge	Inicial	Apellido	Número de teléfono	¿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. Su fecha de nacimiento	5. Su ocupación	6. 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
7. Fecha de nacimiento de su cónyuge	8. Ocupación de su cónyuge	9. 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
10. ¿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					
11. 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. A partir del 31 de diciembre de 2015, era usted:

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

Casado a. Si lo estaba, ¿se casó en 2015? Sí No

Divorciado b. ¿Vivió con su cónyuge durante alguna parte de los últimos seis meses de 2015? Sí No

Legalmente separado Fecha del decreto final _____

Viudo(a) Fecha del acuerdo de manutención por separado _____

Año de fallecimiento del cónyuge _____

2. Identifique a continuación: Si necesita espacio adicional, marque aquí y continúe la lista en la página 3

- **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

Para ser completado por el Preparador Voluntario Certificado

Nombre (<i>primer, apellido</i>) No anote su propio nombre ni el nombre de su cónyuge a continuación	Fecha de nacimiento (<i>dd/mm/aa</i>)	Parentesco con usted (<i>ejemplo: hijo, hija, padre, ninguno, etc</i>)	Número de meses que vivió en su hogar el año pasado	Ciudadano de EE.UU. (<i>sí o no</i>)	Residente de EE.UU., Canadá o México el año pasado (<i>sí o no</i>)	Estaba soltero o casado el 31 de dic 2015 (S/C)	Estudiante a tiempo completo el año pasado (<i>sí o no</i>)	Total y permanentemente incapacitado (<i>sí o no</i>)	¿Hay otra persona que puede reclamar a esta persona como dependiente en su declaración de impuestos? (<i>sí o no</i>)	¿Proveyó esta persona más del 50% de su propia manutención? (<i>sí o no</i>)	¿Recibió esta persona menos de \$4,000 de ingresos? (<i>sí o no</i>)	¿Proveyó el contribuyente más del 50% de la manutención de esta persona? (<i>sí/no/NA</i>)	¿Pagó el contribuyente más de la mitad del costo de mantener una casa para esta persona? (<i>sí o no</i>)
(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 wi.voltax@irs.gov

Marque el encasillado apropiado para cada pregunta en cada sección

Sí	No	No Sé	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? (Formulario 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? (Formularios W-2, 1098-T)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. (B) ¿Intereses/Dividendos de: cuentas de cheques o de ahorros, bonos, certificados de depósitos, corretaje? (Formularios 1099-INT, 1099-DIV)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. (B) ¿Reembolsos de impuestos estatales/locales sobre el ingreso? (Formulario 1099-G)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. (B) ¿Ingresos de pensión para el cónyuge divorciado o pagos de manutención por separado?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. (A) ¿Ingresos del trabajo por cuenta propia? (Formularios 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 Formularios 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) (Formularios 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)? (Formulario 1099-R)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. (B) ¿Compensación por desempleo? (Formulario 1099-G)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. (B) ¿Beneficios del Seguro Social o de la jubilación ferroviaria? (Formularios 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, regalías, ingresos del extranjero, etc.) (Formulario W-2G) Especifique _____
Sí	No	No Sé	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 o pagos de manutención por separado? 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? (Formulario 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? (Formulario 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? (Formulario 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?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. (B) ¿Intereses sobre un préstamo para estudios? (Formulario 1098-E)
Sí	No	No Sé	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? (Formularios 5498-SA, 1099-SA, W-2 con el código W en el encasillado 12)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. (A) ¿Tuvo una deuda hipotecaria o de tarjeta de crédito que el prestamista comercial le canceló/condonó? (Formularios 1099-C, 1099-A)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. (A) ¿Compró, vendió o tuvo una ejecución hipotecaria de su vivienda? (Formulario 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) ¿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"/>	9. (A) ¿Presentó una declaración de impuestos federales el año pasado que incluyera una “pérdida de capital trasladada al año siguiente” en el Anexo D del Formulario 1040?

Marque el encasillado apropiado para cada pregunta en cada sección

Sí	No	No Sé	Parte VI – Cobertura de Cuidado de Salud – El año pasado, usted, su cónyuge o su(s) dependiente(s)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. (B) ¿Tuvo la cobertura de cuidado de salud?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. (B) ¿Recibió uno (o más) de estos formularios (Marque el encasillado) <input type="checkbox"/> Formulario 1095-B <input type="checkbox"/> Formulario 1095-C
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. (A) ¿Tuvo la cobertura de cuidado de salud a través del Mercado de Seguros de Salud (<i>Exchange</i>)? (Proporcione el Formulario 1095-A)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3a. (A) Si contestó sí, ¿Recibió los pagos adelantados del Mercado, para ayudarlo a pagar sus pagos mensuales del cuidado de salud?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3b. (A) Si contestó sí, ¿Reclama en esta declaración de impuestos toda persona nombrada en su Formulario 1095-A?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. (B) ¿Tiene una exención concedida por el Mercado?

Visite www.cuidadodesalud.gov o llame al 1-800-318-2596 para obtener más información acerca de las opciones para el seguro de salud y asistencia.

Si los pagos por adelantado del crédito tributario de prima fueron pagados en su nombre para ayudar a pagar sus primas de seguro médico, usted debería informar a su Mercado los cambios de la vida, tales como los cambios de ingresos, estado civil o el tamaño de la familia. El informar los cambios ayudará a asegurarse que recibe la cantidad correcta de los pagos por adelantado.

Para ser completado por un Preparador Certificado Voluntario (Utilice la Publicación 4012 y marque el(los) encasillado(s) apropiado(s) para indicar la Cobertura Esencial Mínima (MEC, por sus siglas en inglés) para toda persona nombrada en la declaración)

Nombre (<i>anote los dependientes en el mismo orden como en la Parte II</i>)	MEC todo el año	Ninguna MEC	MEC parte del año (<i>marque los meses en que tuvo la cobertura</i>)	Exención (<i>marque los meses en que la exención se aplica</i>)	Exención todo el año	Notas
Contribuyente			E F M A M J J A S O N D	E F M A M J J A S O N D		
Cónyuge			E F M A M J J A S O N D	E F M A M J J A S O N D		
Dependiente			E F M A M J J A S O N D	E F M A M J J A S O N D		
Dependiente			E F M A M J J A S O N D	E F M A M J J A S O N D		
Dependiente			E F M A M J J A S O N D	E F M A M J J A S O N D		
Dependiente			E F M A M J J A S O N D	E F M A M J J A S O N D		

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

1. 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

2. Si usted tiene derecho a un reembolso, le gustaría:

- a. Depósito directo Sí No
- b. Comprar Bonos de Ahorros de los EE.UU. Sí No
- c. Dividir su reembolso entre diferentes cuentas Sí No

3. Si usted tiene un saldo adeudado, ¿le gustaría hacer un pago directamente de su cuenta 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 este centro para solicitar estas subvenciones. Sus respuestas se utilizarán solamente con propósitos estadísticos.

4. Además del español, ¿qué idioma se habla en su casa? _____ Prefiero no contestar

5. ¿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.
- Todas las preguntas de las Partes I a VI han sido contestadas.
- Todos los encasillados No Sé, 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 “S” en la Parte III, se transfirió correctamente a la declaración de impuestos.
- Los ajustes a los ingresos, tales como intereses por préstamos estudiantiles, aportaciones a la cuenta *IRA*, impuesto sobre el trabajo por cuenta propia, se verificaron y están correctos.
- Las deducciones estándar, adicionales o detalladas, están correctas.
- Todos los créditos se informaron correctamente.
- Todas las disposiciones de la *ACA* fueron consideradas para cada persona nombrada en la declaración de impuestos y la información fue transferida correctamente.
- Cualquier Pago de Responsabilidad Compartida está correcto.
- 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 (*opcional*)

Nombre del Revisor de Calidad Voluntario Certificado y sus iniciales (*opcional*)

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 que usted proporciona podría ser facilitada a terceros que coordinan actividades y personal en los sitios de preparación voluntaria de declaraciones, u otras actividades de enlace a la comunidad. 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 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*