

FAVOR DE LEER ESTA PÁGINA ANTES DE LLENAR LA SOLICITUD

Universidad Central de Carolina del Norte Clínica de Impuestos para Contribuyentes de Bajos Recursos Solicitud para Clientes Nuevos

INSTRUCCIONES Y DECLARACIONES

1. Esta solicitud, incluyendo esta página, es de tres (3) páginas. Favor de llenar la solicitud en su totalidad y lo más correcto posible.
2. La misión de la Clínica de Impuestos para Contribuyentes de Bajos Recursos en la Universidad Central de Carolina del Norte (la “Clínica”) es asistir a los contribuyentes de bajos recursos que califiquen. Necesitamos recopilar información sobre sus finanzas para determinar si califica y si le podemos representar.
3. La solicitud puede haberse completado parcialmente de acuerdo con nuestro contacto inicial con usted. Si alguna información es incorrecta, simplemente tache y escriba la información correcta sobre la misma.
4. La Clínica mantendrá confidencialidad total de la información del contribuyente, independientemente de si decidimos representarle o no.
5. La Representación será gratuita, pero cualquier costo adicional cobrado por terceros (por ejemplo, cobros de la Corte) serán responsabilidad del contribuyente. La Clínica no incurrirá ningún costo sin autorización previa del contribuyente.
6. Por lo regular, la decisión de aceptar o negar su caso se toma en un lapso de dos semanas después de haber recibido su solicitud, y se le notificará tan pronto como la decisión sea tomada.
7. Si la Clínica decide aceptar su caso, programaremos una reunión con usted para discutir su caso y solicitarle documentos adicionales, de ser necesario.
8. La Representación no comienza hasta que hayamos aceptado su caso y hasta que usted junto con su representante de la clínica hayan firmado un Poder Legal y Declaración del Representante (Forma 2848).
9. La Clínica en todo momento se reserva el derecho de negar cualquier representación, en caso de descubrir que usted o su pareja, de manera intencional o de negligente, dieran información incorrecta u omitieran cualquier hecho que sea materialmente relevante con respecto a su caso, incluso pero no limitado a información sobre su estatus personal o financiero, y/o fallaran en cooperar con la Clínica en un tiempo razonable.
10. Recordatorio: esta es una clínica académica. Puede estar trabajando con estudiantes supervisados por abogados con licencia de Carolina del Norte como parte de su capacitación en la facultad de derecho.
11. La Clínica es parcialmente auspiciada por apoyos del Departamento del Tesorería de los E.U. Esto no implica que la Clínica tenga una relación de preferencia con el IRS (Servicio de Recaudación Interna, por sus siglas en Ingles) o con el gobierno federal. La clínica es completamente independiente y no está asociada con el IRS o el gobierno federal. Su decisión de utilizar los servicios de la Clínica no afecta sus derechos ante el IRS.

Una vez completa, devuelva esta aplicación a la Clínica mediante uno de los métodos a continuación.

Atención: Low Income Taxpayer Clinic

Entrega de	640 Nelson St.	Fax:	(919) 530-7982
Correo:	Durham, NC 27707	Email:	taxclinic@nccu.edu

PARTE I – INFORMACIÓN DEL CONTRIBUYENTE

-----INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL CONTRIBUYENTE-----

Apellido(s): _____ Nombre(s): _____

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa): ____/____/____ No. De Seguro Social: ____-____-____

Sexo: Masculino Estado Civil: Soltero Unión libre Divorciado Separado Legalmente
 Femenino Casado Número de años casado _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Edo.: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa/Cel.: (____) ____-____ Teléfono del Empleo: (____) ____-____

Correo electrónico: _____

¿Necesitas un intérprete? Sí No

**Tenga en cuenta: La clínica no garantiza la disponibilidad de intérpretes*

Esposa/o Apellido(s): _____ Nombre(s): _____

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa): ____/____/____ No. De Seguro Social: ____-____-____

Sexo: Masculino Dirección: Igual
 Femenino Diferente _____

Teléfono de Casa/Cel.: (____) ____-____ Teléfono del Empleo: (____) ____-____

Correo electrónico: _____

-----INFORMACIÓN SOBRE LA ELIGIBILIDAD DEL CONTRIBUYENTE -----

1. ¿Ha hecho todas sus declaraciones tributarias? Sí No;

¿Años en que no las hizo? _____

2. Dependientes (personas a quienes usted mantiene): a. Número de hijos: _____

b. Número de otras personas dependientes en casa: _____ ¿Quién (explique)? _____

3. Empleo:

a. Empleador del Contribuyente _____ b. Salario Anual \$ _____

c. Salario: \$ _____ por hora cada semana quincena mensual. d. Horas por semana _____

e. Empleador de cónyuge o pareja _____ f. Salario Anual \$ _____

g. Salario: \$ _____ por hora cada semana quincena mensual h. Horas por semana _____

4. Otros Ingresos:

- a. Pensión _____
- b. Manutención de menores (hijos) _____
- c. Intereses, dividendos o inversiones _____
- d. Jubilación _____
- e. Ingresos por discapacidad _____
- f. Ingresos de Seguro Social y SSI _____
- g. Beneficios de Veteranos _____
- h. Beneficios por desempleo _____
- i. Bienestar (WIC/AFDC/TANF) _____
- j. Estampillas para alimentos _____
- k. Otros, incluyendo ingresos por auto empleo (explique) _____

5. Bienes (anote el monto del valor):

- a. Casa _____
- b. Ahorros para la jubilación _____
- c. Bienes Raíces adicionales _____
- d. Vehículos _____
- e. Otros (explique) _____

6. Deudas:

- a. Hipoteca _____
- b. Tarjetas de Crédito _____
- c. IRS (Gobierno Federal) _____
- d. Impuestos Estatales _____
- e. Deudas médicas _____
- f. Préstamos Estudiantiles _____
- g. Préstamos de vehículos _____
- h. Otros (explique) _____

7. Gastos:

- a. Cuidado de menores _____
- b. Alquilar _____
- c. Medicinas y asistencia médica _____
- d. Pagos de Hipoteca _____
- e. Transporte _____
- f. Educación _____
- g. Otros (explique) _____

9. ¿Padece usted y/o su pareja alguna discapacidad significativa? No Sí, explique

10. ¿Ha discutido su caso con algún abogado? Indique el nombre del abogado y explique.

PARTE II – INFORMACION DEL CASY Y DISCUSIONES

11. Numero de periodos de impuestos en cuestión _____; enumere los años _____

¿Has recibido un aviso del IRS? No Sí, numero de aviso: _____

Fecha de aviso: ____/____/____ Ultimo día para responder al aviso: ____/____/____

12. ¿Le ha incautado su propiedad el IRS o el estado por una deuda tributaria? Sí, Estado Sí, IRS No

13. ¿En cuál situación se encuentra su caso? Auditoría Cobranza en Corte No está seguro

14. ¿Está considerando declararse en bancarrota? No Sí, ¿Dónde estás en el proceso? _____

15. ¿Está en desacuerdo con su responsabilidad tributaria? (¿piensa que no la debe?) Sí No

16. ¿Está de acuerdo con su deuda tributaria pero no puede pagar? Sí No

17. ¿Está buscando asistencia de alivio para la pareja inocente? No Sí

18. ¿Debe impuestos al Estado de Carolina de Norte? No Sí, cuales años _____

19. ¿Necesita ayuda para preparar sus impuestos Federales o Estatales? No

Sí, el Estado. ¿Cuáles años? _____

Sí, los Federales. ¿Cuáles años? _____

Estados civiles tributarios (Seleccione uno): Casado declarando en conjunto Soltero

Viudo/a calificado con hijo dependiente Casado declarando por separado Jefe de familia

***Tenga en cuenta:** La Clínica solo puede preparar declaraciones de impuestos en circunstancias limitadas.

20. Explique su problema con el IRS (e impuestos estatales, si aplique) abajo:

Declaro que toda la información aportada es verdadera y actual. Entiendo que en caso de que mi caso sea aceptado para representación y yo falte de proporcionar la información correcta y verdadera, será motivo para cancelar y negar la representación de la Clínica inmediatamente.

Firma del Contribuyente: _____

Fecha: _____

Pareja del Contribuyente: _____

Fecha: _____