BP Administrations

11902 Rosecrans Ave Suite B **Norwalk, CA. 90650** Tel (562) 381-2408 **Fax (562) 991-5401**

Año de Impuestos: _____ Fecha:_____

Nuevo Cliente ☐

Cliente Actual ☐

Sección A: Informacion General

Contribuyente Principal

Primer y Segundo Nombre	Apellido	Numero de Seguro Social o ITIN	Fecha de Nacimiento

***Nuevos clientes DEBEN llenar la sección de seguro social y fecha de nacimiento**

Esposo/a

Primer y Segundo Nombre	Apellido	Numero de Seguro Social o ITIN	Fecha de Nacimiento

***Nuevos clientes DEBEN llenar la sección de seguro social y fecha de nacimiento**

Dirección	Ciudad, Estado and Código Postal

Si la dirección es la misma que el año pasado, marque esta casilla ☐

Ocupación del Contribuyente principal	Numero de Teléfono	Ocupación del Esposo/a	Numero de Teléfono

Si el número de teléfono es el mismo, marque esta casilla ☐

Correo Electrónico del Contribuyente Principal	Correo Electrónico del Esposo/a

REQUERIDO PARA TODOS LOS CLIENTES: Favor de traer una copia de su identificación

Sección B: Deposito Directo

¿Le gustaría que su reembolso fuera depositado directo a su cuenta? Si ☐ No ☐

Si respondió si, por favor de llenar la informacion siguiente:

Institución Bancaria	Numero de Ruta	Numero de Cuenta

Si la información bancaria es la misma que la del año pasado, déjela en blanco.

Sección C: Informacion de Dependes

Nombre Completo (Primer, Segundo, Apellido)	Fecha de Nacimiento	Seguro Social o ITIN	Relación

¿Alguien más puede reclamar al niño/a como dependiente? Si ☐ No ☐

¿Tiene gastos de cuidado de niños? Si ☐ No ☐

¿Eres (el contribuyente) dependiente de otro? Si ☐ No ☐

Puedo proporcionar lo siguiente:

Mandatorio: Adicional:

Certificado de Nacimiento ☐ Carta Medica ☐ Record de Vacuna ☐

SSN o ITIN ☐ Carta de Escuela ☐