

**Formulario dependiente**  
**Se requiere un formulario por dependiente**

**Dependiente #** \_\_\_\_\_ (Sería más fácil designar al mayor como dependiente #1 o si hicimos sus impuestos el año pasado solo escribe el nombre):

Nombre \_\_\_\_\_ SSN / ITIN # \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**SI**  **NO**: Yo soy el padre custodial y el dependiente a vivido en mi hogar por 183 días o más; Yo tengo el derecho de reclamar a este dependiente y no he liberado el reclamo formalmente. **(Si, "No" no continúe el formulario)**

**Si tuviera que hacerlo, podría proveer:**  Tarjeta de Seguro Social,  Acta de Nacimiento,  Un correo que el niño/a a recibido a mi dirección,  Expediente educativo,  Registros médicos,  Una declaración del proveedor de atención medica

**SI**  **NO**: El/Ella es ciudadano o residente de los Estados Unidos

**SI**  **NO**: Este dependiente es un pariente/ Otro Dependiente

**SI**  **NO**: Hay un formulario 8332 activo de liberación del reclamo de exención por parte del padre con custodia.

Este niño es un estudiante en k-12. El/Ella está en grado: \_\_\_\_\_, El nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

**Recibió un pago de estímulo/pago mensual adelantado de crédito por hijos para este dependiente?**  **SI**  **NO**

**Solo Sobrina/Sobrino Dependientes:**

**SI**  **NO**: Este niño no es mi hijo o hija. En caso afirmativo, porque el padre no los reclama:

\_\_\_\_\_

Estoy relacionada con  El padre  La madre de mi dependiente; El /Ella es mi  Hermano  Hermana.

**SI**  **NO**: Tiene evidencia para probar que este niño/a vivía en su hogar, como registros escolares/médicos.

**Cuido De Niño(s):**

Este niño era menor de 12 años o  discapacitado y pague por el cuidado de niños/niñeras no educativas/ cuidado de niños \$ \_\_\_\_\_ (frecuencia: \_\_\_\_\_) para este niño mientras trabajaba/estudiaba a tiempo completo:

Proveedor: \_\_\_\_\_ SSN/EIN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Reconozco que he proporcionado a J. Squared el resumen anterior para la preparación de mi declaración de impuestos. No recibí ninguna influencia para firmar esta declaración contra mi voluntad. Certifico que lo anterior es verdadero y preciso a mi conocimiento

Firma del contribuyente: \_\_\_\_\_ Letra: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del cónyuge: \_\_\_\_\_ Letra: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Preparador: Reconozco que revise la información anterior con el cliente y he repasado los requisitos y regulaciones del código fiscal. Iniciales de Preparador: \_\_\_\_\_ últimos 4 de cliente: \_\_\_\_\_ QC Iniciales: \_\_\_\_\_

Expira: 12/31/2024