



H&H TAX SERVICES

Estimado cliente potencial:

Muchas gracias por elegir nuestra firma para preparar sus declaraciones de impuestos para el año fiscal 2024. Esta carta confirma los servicios que brindaremos.

Nosotros le prepararemos sus declaraciones de impuestos federales y estatales para el año fiscal 2024 basado en la información que proporcione. Aunque nuestro trabajo no incluya procedimientos para descubrir irregularidades en los datos fiscales que usted proporcione, es posible que le solicitemos una aclaración de cierta información o información adicional para que podamos preparar declaraciones precisas y completas para usted.

Es su responsabilidad proporcionar toda la información necesaria y detallada relacionada con los ingresos y las deducciones para el año fiscal 2024.

Usted es responsable de mantener los registros adecuados, como los documentos fiscales oficiales de impuestos que reciba, recibos y justificaciones de sus deducciones, e información de compra y venta de activos. También es responsable de responder a nuestras consultas de manera oportuna para que podamos completar sus declaraciones con precisión en las fechas de vencimiento apropiadas.

Es su responsabilidad revisar sus declaraciones antes de presentarlas para determinar que toda la información se haya informado correctamente y que tenga fundamento para sus deducciones. Presentar sus declaraciones antes de las fechas de vencimiento es su responsabilidad. Si sus declaraciones son posteriormente seleccionadas para revisión o auditoría por parte de las autoridades tributarias, estaremos encantados de ayudarlo o representarlo si lo desea.

Nuestros honorarios para la preparación de sus declaraciones de impuestos no incluyen el tiempo que podría ser necesario para ayudarlo durante una revisión de la autoridad tributaria. Nuestros honorarios por la preparación de sus declaraciones se basan en nuestras tarifas de facturación estándar más los gastos de su propio bolsillo. Nuestras facturas deben pagarse al momento de su presentación. Los clientes que utilicen un cheque de anticipación de reembolso son responsables de los cargos por el servicio de preparación de impuestos, en caso de que el banco rechace.

- Cualquier cuota que no se pague dentro de los 30 días se le cobrará un cargo de refacturación de \$10.00 dólares por mes y un 1.5% por cargo financiero.
- Cualquier tarifa que no sea pagada antes de el período de 60 días estará sujeta a ser entregada a nuestra agencia de cobros y luego se agregarán tarifas adicionales y gastos legales a su factura original.

Si esta carta resume con precisión su comprensión de nuestro acuerdo relacionado con la preparación de sus declaraciones de impuestos, firme la copia adjunta en el espacio indicado y devuélvanosla.

Agradecemos su negocio.

H&H TAX SERVICES

201 S GATEWAY DRIVE.
MADERA, CA 93637
Phone: 559-661-1015
Fax: 559-661-1991
Website:
www.hhtaxservice.com

Nombre: _____ Fecha: _____



Informacion Familiar
Por favor incluya a todas las personas dependientes que
vivieron en su casa y que
usted mantuvo de urante el ano 2024. No se incluya usted

<p>DEPENDIENTE 1:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Seguro Social (ITIN): _____</p> <p>Parentesco: _____</p>	<p>DEPENDIENTE 2:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Seguro Social (ITIN): _____</p> <p>Parentesco: _____</p>
<p>DEPENDIENTE 3:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Seguro Social (ITIN): _____</p> <p>Parentesco: _____</p>	<p>DEPENDIENTE 4:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Seguro Social (ITIN): _____</p> <p>Parentesco: _____</p>
<p>DEPENDIENTE 5:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Seguro Social (ITIN): _____</p> <p>Parentesco: _____</p>	<p>DEPENDIENTE 6:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Seguro Social (ITIN): _____</p> <p>Parentesco: _____</p>

* ¿Alguno de estos dependientes tuvo ingresos del trabajo en 2024? SI / NO

Cuidado de la Salud Cobertura- ACA

*Incluye CHIP, Medicare, Medicaid, Auspiciado por el Empleador, Seguro de Salud Individua

1. El año pasado, ¿tuvo cobertura de atención de la salud para usted, su cónyuge, y toda clasificación? Dependientes? SI / NO
 2. El año pasado, ¿usted o su cónyuge recibe un pago anticipado del mercado para ayudarle a pagar sus pagos mensuales de atención de salud?
(FORM 1095A) SÍ / NO
-

* Para ser completado por Preparador de Impuestos (Uso Publicación 4012 y marque las casillas correspondientes que indican el estado de la cobertura de salud para todo el mundo que cotiza en el retorno)

<u>Salud de Cobertura</u>	El Año Entero	Mitad del Año	<u>Sin cobertura de salud</u>	Calificar para una Exención
CONTRIBUYENTE				
CONYUGE				
DEPENDIENTES (1)				
DEPENDIENTES (2)				
DEPENDIENTES (3)				

GASTOS EDUCATIVOS

Nombre de Estudiante: _____

Número de Seguro Social del estudiante: _____

Nombre de Colegio: _____

Dirección de Colegio: _____ Estado _____

Código Postal _____

Cantidad de Ayuda Financiera: \$ _____

Nombre de Estudiante: _____

Número de Seguro Social del estudiante: _____

Nombre de Colegio: _____

Dirección de Colegio: _____ Estado _____

Código Postal _____

Cantidad de Ayuda Financiera: \$ _____

Nombre de Estudiante: _____

Número de Seguro Social del estudiante: _____

Nombre de Colegio: _____

Dirección de Colegio: _____ Estado _____

Código Postal _____

Cantidad de Ayuda Financiera: \$ _____

GASTOS DE CUIDADO INFANTIL Y DEPENDIENTE

Nombre de Dependiente: _____

Seguro Social del Dependiente: _____

Nobre de la persona u organización que proporciona cuidado: _____

Numero Federal de la persona / Organización (FEIN, SSN): _____

Dirección de la persona/organización que proporciona cuidado:

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ La

cantidad pago: \$ _____

Nombre de Dependiente: _____

Seguro Social del Dependiente: _____

Nobre de la persona u organización que proporciona cuidado: _____ Dirección de

la persona/organización que proporciona cuidado: _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ La

cantidad pago: \$ _____

Nombre de Dependiente: _____

Seguro Social del Dependiente: _____

Nobre de la persona u organización que proporciona cuidado: _____ Dirección de

la persona/organización que proporciona cuidado: _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ La

cantidad pago: \$ _____

Cuestionario

Si alguna de las siguientes preguntas aplican a usted o a su cónyuge por favor "Circule" la respuesta apropiada y si es posible incluya detalles.

1. ¿Compró una casa en el año 2024? SI / NO
2. ¿Alguna vez a reclamado el Crédito para-Personas que Compran Casa por Primera Ves? SI / NO
3. Compensación de Desempleo? SI / NO
4. Ingreso de el Seguro Social? SI / NO
5. Ganancias de apuestas? SI / NO
6. ¿Usted/Cónyuge están yendo a la escuela tiempo completo/parcial? SI / NO
7. Pensión, anualidad, ROTH IRA (cuenta de Jubilación Individual) o ingreso de jubilación? SI / NO
8. Interés en cuentas de ahorros, efectivo, bonos o bolsa de valor? SI / NO
9. ¿Alguna vez a sido notificado(a) por parte del IRS de cambios de declaración de impuestos de años pasados o a recibido correspondencia sobre impuestos? SI / NO
10. ¿Tiene ingreso de un negocio pequeño/Contratista Independiente- 1099? SI / NO
11. ¿Hizo regalos a alguien de mas de \$18,000? SI / NO
12. ¿Sometió Forma 8839, Crédito de Adopción, en años pasados o gastos de adopción en el año 2024? SI / NO
13. Compraste Solar / o hizo cualquier energía eficiente mejoras a su hogar en 2024
SI / NO
Compraste o vendiste alguna moneda virtual
en 2024? (Bitcoin, NFTs etc.) SI / NO

Opciones para Declaración de Impuestos

E-File(electrónico) IRS DEPOSITO DIRECTO 21-28 DIAS (NO cuota Bancaria)

E-File(electrónico) IRS en cheque 21-28 días (NO cuota Bancaria) E-File
Transferencia de Declaración (RT) 7-15 días (Cuota Bancaria)

- Cheque de Banco
- Tarjeta Prepagada
- Deposito Directo

E-File State Refund Transfer (SRT) – 8-15 days (Bank Fee)

- Bank Check
- Prepaid Card
- Direct Deposit

Protección Auditoria (asegursansa)

Si estoy a un reembolso, me gustaría que la comodidad de tener las tarifas contratadas de mi reembolso en vez de pagar H & H Servicios de Impuestos de mi

bolsillo.

Información Bancaria para Método Electrónico

Por favor revise su numero de identificación(ruta) y numero de cuenta bancaria. Por reglamento de el IRS, nuestra oficina debe someter su declaración de impuestos electrónicamente. Puede mandar un cheque para pagos de impuestos o recibir un cheque por su declaración de impuestos, pero se tienen que someter electrónicamente. Nosotros le notificaremos su reembolso o pago antes de que su declaración de impuestos sea sometida. *También puede proveer in cheque nulo envés de completar esta sección.

Nombre Del Cliente: _____ Numero de Cuenta # _____

Nombre de Banco _____ Tipo de Cuenta: Cheques / Ahorros

Numero de Identificación (ruta) _____ Fecha _____

Firma _____