



BP Administrations

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

Sección A:

****REQUERIDO para todos los CLIENTES NUEVOS y RECURRENTES:**

Por favor, adjunte una copia de su identificación no vencida

SOLO para uso de oficina

Año Fiscal: _____

Portal Drake: Sí No

IP PIN: Sí No

Sección B: Nombre del Cliente

CONTRIBUYENTE

Nombre e inicial del segundo nombre	Apellido	Número de Seguro Social o ITIN	Fecha de nacimiento

*Los nuevos clientes **DEBEN** proporcionar información de SSN y acta de nacimiento

ESPOSO/A

Nombre e inicial del segundo nombre	Apellido	Número de Seguro Social o ITIN	Fecha de nacimiento

*Los nuevos clientes **DEBEN** proporcionar información de SSN y acta de nacimiento

Sección C: Información General

SI usted es un cliente recurrente, y **TODA** la información general es la misma que en los últimos años, marque esta casilla: Y, SALTAR A LA SECCIÓN D: PARTE 2

Dirección	Ciudad, estado y código postal

Ocupación del contribuyente	Teléfono del contribuyente	Ocupación del cónyuge	Teléfono del cónyuge

Dirección de correo electrónico del contribuyente	Dirección de correo electrónico del cónyuge

Sección D : Información dependiente (PARTE 1)

Nombre completo (nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social o ITIN	Relación

¿Puede alguien más reclamar al niño como dependiente? Sí No

Sección D : Información dependiente (PARTE 2)

¿Tiene gastos de cuidado de niños? Sí No

¿Es usted (el contribuyente) dependiente de otro? Sí No

Puedo proporcionar lo siguiente:

Obligatorio: Adicional:

Certificado de nacimiento Carta Médica Registros de vacunas

SSN o ITIN

Sección E: Depósito directo

¿Le gustaría que su reembolso fuera deposito directo? Sí No Si checo la caja si, provea la información siguiente:

Institución Bancaria	Número de ruta	Número de cuenta

Si la información bancaria es la misma que el año pasado, por favor déjela en blanco