



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 copiado 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 depósito directo? Sí No Si checo la caja sí, 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