

Hoja de Admisión/Entrevista y Verificación de Calidad

Usted necesitará:

- Información tributaria, como los Formularios W-2, 1099, 1098, 1095.
- Tarjetas de Seguro Social o cartas del número de identificación personal del contribuyente (ITIN, por sus siglas en inglés), de todas las personas incluidas en su declaración de impuestos.
- Identificación con foto (como una licencia de conducir válida) de usted y su cónyuge.

• Complete las páginas 1 a 6 de este formulario.

- Usted es responsable de la información que se muestra en su declaración de impuestos. Proporcione la información exacta y completa.
- Si tiene preguntas, consulte al preparador voluntario certificado del IRS.

Los voluntarios están capacitados para proporcionar un servicio de alta calidad y mantener los más altos estándares éticos. Para informar al IRS sobre comportamientos no éticos, envíenos un correo electrónico a ts.voltax@irs.gov

| | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------------------|--|---|--|---|--|----------------------------------|---------------|
| Su nombre (<i>pronombres, opcional</i>) | | Inicial segundo nombre | | Apellido | | Su fecha de nacimiento | | Título de su trabajo | |
| Nombre de su cónyuge (<i>pronombres, opcional</i>) | | Inicial segundo nombre | | Apellido | | Fecha de nacimiento de su cónyuge | | Título del trabajo de su cónyuge | |
| Dirección postal | | | | Número de apartamento | | Ciudad | | Estado | Código postal |
| Su número de teléfono | | Número de teléfono de su cónyuge | | Dirección de correo electrónico (<i>opcional</i>) | | Usted vivió o trabajó en dos o más estados en 2024 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |

Marque si usted o su cónyuge en 2024:

| | | | |
|--|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| Era legalmente ciego | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Cónyuge | <input type="checkbox"/> No |
| Era ciudadano de los Estados Unidos | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Cónyuge | <input type="checkbox"/> No |
| Estaba en los Estados Unidos con visado | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Cónyuge | <input type="checkbox"/> No |
| Era estudiante a tiempo completo | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Cónyuge | <input type="checkbox"/> No |
| Era legalmente ciego | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Cónyuge | <input type="checkbox"/> No |
| Estaba incapacitado total y permanentemente | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Cónyuge | <input type="checkbox"/> No |
| Se le emitió un PIN de protección de identidad (IPPIN, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Cónyuge | <input type="checkbox"/> No |
| Era propietario o titular de cualquier activo digital | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Cónyuge | <input type="checkbox"/> No |

Si le corresponde un reembolso, ¿cómo le gustaría recibirlo?

- Depósito directo Cheque por correo
- Dividir el reembolso entre diferentes cuentas Otro _____

Si usted tiene un saldo adeudado, ¿cómo le gustaría realizar su pago?

- Cuenta bancaria Pago directo en *IRS.gov*
- Establecer un plan de pagos a plazos Enviar el pago por correo al *IRS*

¿Le gustaría recibir las comunicaciones por escrito del *IRS* en un idioma que no sea inglés?

Usted Cónyuge No

¿Qué idioma? _____

¿Desea información sobre cómo votar y/o cómo registrarse para votar?

Sí No

¿Usted o su cónyuge, si declaran conjuntamente, desea que \$3 se destinen al Fondo de Campaña Electoral Presidencial?

Usted Cónyuge No

Al 31 de diciembre de 2024, ¿cuál fue su estado civil?

Nunca se casó **Casado** Si está casado, ¿estuvo usted casado durante todo el 2024? Sí No

Divorciado **Separado legalmente pero no divorciado** **Separado legalmente pero no divorciado**

Fecha del decreto final _____ Fecha del decreto de manutención por separación _____ Año del fallecimiento del cónyuge _____

Para ser completado por el voluntario certificado: ¿Puede alguna otra persona reclamar al contribuyente o cónyuge en su declaración de impuestos? Sí No

| Enumerar a continuación los nombres de todas las personas que vivieron con usted el año pasado (excepto su cónyuge) Y alguna persona a quien usted mantuvo, pero que no vivió con usted el año pasado. | | | | | Responda Sí o No (S/N) | | | | | Para ser completado por el voluntario certificado (Sí, No, o N/A) | | | | |
|--|--------------------------------|--|---|---|---------------------------------|--|------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|---|---|---|---|---|
| Nombre (primer, apellido) | Fecha de nacimiento (dd/mm/aa) | Parentesco con usted (hijo, padre, madre, ninguno, etcétera) | Número de meses que vivió en su hogar en 2024 | Soltero o casado al 31 de diciembre (S/C) | Ciudadano de los Estados Unidos | Residente de los Estados Unidos, Canadá o México | Estudiante a tiempo completo | Total y permanentemente incapacitado | Se le emitió un IPPIN | Hijo o pariente calificado de alguna otra persona | Esta persona proporcionó más del 50% de su propia manutención | Esta persona recibió menos de \$5,050 de ingresos | Los contribuyentes proporcionaron más del 50% de la manutención de esta persona | Los contribuyentes pagaron más de la mitad del costo de mantener un hogar para esta persona |
| | | | | | | | | | | | | | | |

Ingresos: Responda las siguientes preguntas en el lado izquierdo de esta página. Marque únicamente las casillas que correspondan a usted y/o a su cónyuge.

| Recibió dinero de alguno de los siguientes en 2024: | Para ser completado por el voluntario certificado) Ingresos a incluir | Notas/Comentarios |
|---|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> (B) Salarios como empleado a tiempo parcial o completo ¿Cuántos empleos? _____ | <input type="checkbox"/> (B) Formularios W-2 # _____ | |
| <input type="checkbox"/> (B/A) Propinas | <input type="checkbox"/> B/A) Propinas (Básico cuando se informan en el W-2) | |
| <input type="checkbox"/> (B/A) Cuentas de jubilación, ingresos de pensiones o anualidades | <input type="checkbox"/> (B/A) 1099-R (Básico cuando se informa la cantidad tributable) # _____ <input type="checkbox"/> (A) Distribución caritativa calificada del 1099-R \$ _____ | |
| <input type="checkbox"/> (B) Beneficios por incapacidad (como los pagos del seguro y la compensación a trabajadores por accidentes en el trabajo) | <input type="checkbox"/> (B) Beneficios por incapacidad en el 1099-R o el W-2 # _____ | |
| <input type="checkbox"/> (B) Beneficios del Seguro Social o de la jubilación ferroviaria | <input type="checkbox"/> (B) SSA-1099, RRB-1099 # _____ | |
| <input type="checkbox"/> (B) Beneficios por desempleo | <input type="checkbox"/> (B) 1099-G # _____ | |
| <input type="checkbox"/> (B) Reembolso del impuesto estatal o local sobre los ingresos | <input type="checkbox"/> (B) Reembolso \$ _____ <input type="checkbox"/> (B) Detallado el año pasado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| <input type="checkbox"/> (B) Intereses o dividendos (cuenta bancaria, bonos, etcétera) | <input type="checkbox"/> (B) 1099-INT # _____ <input type="checkbox"/> (B) 1099-DIV # _____ | |
| <input type="checkbox"/> (A) Venta de acciones, bonos o bienes inmuebles ¿Declaró una pérdida en la declaración del año pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> (A) 1099-B (incluir el estado de cuenta de corretaje) # _____ <input type="checkbox"/> Pérdida de capital transferida al año siguiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| <input type="checkbox"/> (B) Pensión para el cónyuge divorciado | <input type="checkbox"/> (B) Pensión para el cónyuge divorciado \$ _____ Excluida de los ingresos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| <input type="checkbox"/> (A/M) Ingresos por el alquiler de su casa o de una habitación en su casa En caso afirmativo, ¿utilizó la vivienda como residencia personal y la alquiló por menos de 15 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> (A/M) Ingresos por alquiler (se adelantan cuando la vivienda es una residencia personal y se alquila por menos de 15 días) <input type="checkbox"/> Gastos de alquiler \$ _____ | |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por el alquiler de bienes personales, como un vehículo | | |
| <input type="checkbox"/> (B) Ganancias de juegos de azar, incluida la lotería | <input type="checkbox"/> (B) W-2G u otras ganancias de juegos de azar (enumerar las pérdidas a continuación si el contribuyente puede detallar las deducciones) # _____ | |
| <input type="checkbox"/> (A) Pagos por contrato o del trabajo por cuenta propia ¿Declaró una pérdida en la declaración del año pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> (A) Anexo C <input type="checkbox"/> 1099-MISC # _____ <input type="checkbox"/> 1099-NEC # _____ <input type="checkbox"/> 1099-K # _____ <input type="checkbox"/> Otros ingresos declarados en otra parte <input type="checkbox"/> Gastos del Anexo C \$ _____ | |
| <input type="checkbox"/> ¿Algún otro dinero recibido durante el año? (por ejemplo: pagos en efectivo, servicio de jurado, premios, activos digitales, regalías, beneficios por huelga sindical) | <input type="checkbox"/> Otros ingresos (consulte la Publicación 4012 para obtener orientación sobre otros ingresos, es decir, la tabla sobre el alcance del servicio) | |

Gastos y eventos relacionados con los impuestos: Responda las preguntas en el lado izquierdo de esta página. Marque únicamente las casillas que correspondan a usted y/o a su cónyuge.

| ¿Pagó alguno de los siguientes gastos para detallarlos en 2024? | Para ser completado por un voluntario certificado) Deducción estándar o detallada | Notas/Comentarios |
|---|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> (A) Intereses hipotecarios | <input type="checkbox"/> (A) 1098 # _____ | |
| <input type="checkbox"/> (A) Impuestos: estatales, locales, inmobiliarios, ventas, etcétera | | |
| <input type="checkbox"/> (A) Gastos médicos, dentales y de medicamentos recetados | <input type="checkbox"/> (B) Deducción estándar <input type="checkbox"/> (A) Deducción detallada | |
| <input type="checkbox"/> (A) Donaciones caritativas | | |
| ¿Pagó alguno de estos gastos en 2024? | (Para ser completado por un voluntario certificado) Gastos a declarar | Notas/Comentarios |
| <input type="checkbox"/> (B) Intereses de préstamos estudiantiles | <input type="checkbox"/> (B) 1098-E | |
| <input type="checkbox"/> (B) Cuidado de hijos y dependientes | <input type="checkbox"/> (B) Crédito por cuidado de hijos y dependientes | |
| <input type="checkbox"/> (B/A) Contribuciones a una cuenta de jubilación | <input type="checkbox"/> (B/A) IRA (Básico si es una IRA tipo Roth o 401K) | |
| <input type="checkbox"/> (B) Útiles escolares de un maestro, ayudante de maestro u otro educador | <input type="checkbox"/> (B) Deducción de gastos de educador \$ _____ | |
| <input type="checkbox"/> (B) Pagos de pensión alimenticia (no incluya la manutención de los hijos) | <input type="checkbox"/> (B) Pagos de pensión alimenticia con el SSN del cónyuge \$ _____ Ajuste de los ingresos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Ocurrió alguna de las siguientes situaciones durante 2024? | (Para ser completado por un voluntario certificado) Información a declarar | Notas/Comentarios |
| <input type="checkbox"/> (B) Usted o alguien de su familia tomó clases educativas (escuela técnica, universidad, relacionadas con el trabajo, etcétera) | <input type="checkbox"/> (B) Ingresos tributables por becas <input type="checkbox"/> (B) 1098-T (estado de cuenta detallado de la escuela, factura, etcétera) <input type="checkbox"/> (B) Crédito tributario por educación o deducción de matrícula y cuotas | |
| <input type="checkbox"/> (A) Vender una casa | <input type="checkbox"/> (A) Venta de vivienda (1099-S) | |
| <input type="checkbox"/> (A) Tener una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Contribuciones a la HSA <input type="checkbox"/> Distribuciones de la HSA | |
| <input type="checkbox"/> (A) Comprar un seguro de salud a través del Mercado (Exchange) | <input type="checkbox"/> (A) 1095-A | |
| <input type="checkbox"/> (A) Comprar e instalar artículos de eficiencia energética para la vivienda (por ejemplo: ventanas, calefactor, material de aislamiento, etcétera) | <input type="checkbox"/> (B) Crédito por las mejoras de eficiencia energética de la vivienda | |
| <input type="checkbox"/> (A) Tener una tarjeta de crédito, hipoteca u otra deuda cancelada/condonada por un prestamista | <input type="checkbox"/> (A) 1099-C | |
| <input type="checkbox"/> (A) Tener una pérdida relacionada con una zona declarada federalmente de desastre | <input type="checkbox"/> (A) 1099-A <input type="checkbox"/> El alivio en caso de desastre impacta la declaración | |
| <input type="checkbox"/> (B) Tener un crédito tributario denegado (por ejemplo: Crédito por ingreso del trabajo, Crédito tributario por hijos, o el Crédito tributario de oportunidad para estadounidenses) | <input type="checkbox"/> (B) EITC, CTC, AOTC o el HOH denegados en un año anterior Año denegado Motivo | |
| <input type="checkbox"/> Recibir alguna carta o factura del IRS | <input type="checkbox"/> Eligible para el referido a una Clínica para contribuyentes de bajos ingresos | |
| <input type="checkbox"/> (B) Efectuar pagos de impuestos estimados o aplicar el reembolso del año pasado a los impuestos de 2024 | <input type="checkbox"/> Pagos de impuestos estimados _____ <input type="checkbox"/> Reembolso del año pasado aplicado a este año _____ <input type="checkbox"/> La declaración del año pasado está disponible | |

Información opcional

La siguiente información es únicamente para fines estadísticos. Sus respuestas a estas preguntas no forman parte de su declaración de impuestos y no se transmiten al IRS junto con su declaración de impuestos. Usted no está obligado a responder estas preguntas.

| | | | | | |
|---|---|-------------------------------|--|--|--|
| 1. ¿Diría usted que puede mantener una conversación en inglés? | <input type="checkbox"/> Muy bien | <input type="checkbox"/> Bien | <input type="checkbox"/> No muy bien | <input type="checkbox"/> No, para nada | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| 2. ¿Diría usted que puede leer un periódico en inglés? | <input type="checkbox"/> Muy bien | <input type="checkbox"/> Bien | <input type="checkbox"/> No muy bien | <input type="checkbox"/> No, para nada | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| 3. ¿Tiene usted o algún miembro de su hogar alguna discapacidad? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | | |
| 4. ¿Es usted o su cónyuge veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | | |
| 5. ¿Cuál es su raza y/o grupo étnico? <u>seleccione todos los que correspondan</u> | 6. ¿Cuál es la raza y/o grupo étnico de su cónyuge? <u>seleccione todos los que correspondan</u> | | | | |
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska (por ejemplo, Nación Navajo, Tribu Pies Negros de la reserva indígena Pies Negros de Montana, Pueblo nativo del Gobierno Tradicional Inupiat de Barrow, Comunidad Nome Esquimal, Azteca, Maya, etcétera) | <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska (por ejemplo, Nación Navajo, Tribu Pies Negros de la reserva indígena Pies Negros de Montana, Pueblo nativo del Gobierno Tradicional Inupiat de Barrow, Comunidad Nome Esquimal, Azteca, Maya, etcétera) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Asiático (por ejemplo, chino, indio asiático, filipino, vietnamita, coreano, japonés, etcétera) | <input type="checkbox"/> Asiático (por ejemplo, chino, indio asiático, filipino, vietnamita, coreano, japonés, etcétera) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano (por ejemplo, afroamericano, jamaiquino, haitiano, nigeriano, etíope, somalí, etcétera) | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano (por ejemplo, afroamericano, jamaiquino, haitiano, nigeriano, etíope, somalí, etcétera) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hispano o latino (por ejemplo, mexicano, puertorriqueño, salvadoreño, cubano, dominicano, guatemalteco, etcétera) | <input type="checkbox"/> Hispano o latino (por ejemplo, mexicano, puertorriqueño, salvadoreño, cubano, dominicano, guatemalteco, etcétera) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Oriente Medio o norteafricano (por ejemplo, libanés, iraní, egipcio, sirio, iraquí, israelí, etcétera) | <input type="checkbox"/> Oriente Medio o norteafricano (por ejemplo, libanés, iraní, egipcio, sirio, iraquí, israelí, etcétera) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico (por ejemplo, hawaiano nativo, samoano, chamorro, tongano, fiyiano, marshalés, etcétera) | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico (por ejemplo, hawaiano nativo, samoano, chamorro, tongano, fiyiano, marshalés, etcétera) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Blanco (por ejemplo, inglés, alemán, irlandés, italiano, polaco, escocés, etcétera) | <input type="checkbox"/> Blanco (por ejemplo, inglés, alemán, irlandés, italiano, polaco, escocés, etcétera) | | | | |

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites

Le solicitamos esta información para que usted pueda participar en el programa de Asistencia Voluntaria al Contribuyente con los Impuestos sobre los Ingresos (VITA, por sus siglas en inglés) y Asesoramiento Tributario para los Ancianos (TCE, por sus siglas en inglés) del IRS, que proporciona preparadores de impuestos voluntarios certificados por el IRS para ayudar con la preparación básica de la declaración de impuestos sobre los ingresos para las personas calificadas. La autoridad del IRS para recopilar esta información proviene de la sección 301 del título 5 del Código de los Estados Unidos y la sección 7801 del título 26 del Código de los Estados Unidos. La información que usted proporcione puede ser divulgada a otras personas que coordinan la dotación de personal, la difusión y otras actividades relacionadas con el VITA/TCE. El IRS únicamente puede divulgar su declaración y la información de su declaración conforme a la sección 6103 del título 26 del Código de los Estados Unidos. Todos los demás registros pueden divulgarse únicamente para los fines que el IRS considere compatibles con el propósito para el cual el IRS recopiló los registros y que sean consistentes con cualquier divulgación de uso rutinario descrita en el Aviso del Sistema de Registro (SORN, por sus siglas en inglés) Tesoro/IRS 24.030, motor de la base de datos de cuentas de clientes (CADE, por sus siglas en inglés) del archivo maestro individual (IMF, por sus siglas en inglés). Usted puede ver los SORN del Tesoro/IRS en el sitio web de los SORN del Tesoro, en [Treasury.gov/System of Records Notices \(SORNs\)](https://www.treasury.gov/System of Records Notices (SORNs)), en inglés. Proporcionar esta información es voluntario; sin embargo, si usted no proporciona la información solicitada, es posible que los voluntarios del IRS no puedan ayudarle a preparar y presentar su declaración de impuestos.

La Ley de Reducción de Trámites exige que el IRS muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés) en todas las solicitudes de información pública. El número de control de la OMB para este estudio es 1545-1964. Además, si usted tiene algún comentario sobre los estimados de tiempo asociados con este estudio o alguna sugerencia para simplificar este proceso, por favor, escriba al *Internal Revenue Service, Tax Products Coordinating Committee, SE:TS:CAR:MP:T:T:SP, 1111 Constitution Ave. NW, Washington, DC 20224.*

Preguntas opcionales para AARP Foundation

16. ¿Cuántas personas, incluido usted, forman parte de su hogar? (su hogar lo incluye a usted y a las personas que reciben apoyo financiero de los ingresos anuales de su hogar). Seleccione una opción.

1 (usted) 2 3 4 o más Prefiero no contestar

17. ¿Tiene una discapacidad permanente o una enfermedad crónica que dificulta o limita la cantidad o el tipo de actividades que puede realizar?

Sí No Prefiero no contestar

18. ¿Su cónyuge tiene una discapacidad permanente o una enfermedad crónica que dificulta o limita la cantidad o el tipo de actividades que puede realizar?

Sí No Prefiero no contestar

19. ¿Es inquilino o propietario de su vivienda?

Inquilino Propietario Ninguno Prefiero no contestar

20. ¿Cuál es su identidad de género? *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

Hombre Mujer No binario Prefiero describirme Prefiero no contestar

21. ¿Cuál es la identidad de género de su cónyuge? *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

Hombre Mujer No binario Prefiero describirme Prefiero no contestar

22. ¿Se identifica como LGBTQ+ (lesbiana, gay, bisexual, transgénero, queer/cuestionándose, ...)?

Sí No Prefiero no contestar

23. ¿Su cónyuge se identifica como LGBTQ+ (lesbiana, gay, bisexual, transgénero, queer/cuestionándose, ...)?

Sí No Prefiero no contestar

Oportunidades para ahorrar su reembolso

Ya sea que quiera ahorrar para una compra futura, gastos inesperados o cosas que son importantes para usted, la temporada de impuestos le proporciona una gran oportunidad de planificar su estabilidad financiera para el futuro.

En temporadas pasadas, los usuarios de Tax-Aide depositaron parte de su reembolso en una cuenta de ahorros o compraron un bono de ahorros de \$50. Si desea comenzar o continuar guardando su reembolso de impuestos este año, hable con su asesor de Tax-Aide.

Cómo usar este Folleto de evaluación inicial

Bienvenido a AARP Foundation Tax-Aide. Este Folleto de evaluación inicial es una de las principales formas para usted proporcionar la información que el personal voluntario necesitará para preparar su declaración de impuestos. Además de la documentación que usted trajo, esta información nos ayudará a tener una idea más completa de su situación impositiva y también le permitirá a usted autorizarnos para tomar ciertas medidas. Complete el folleto en su totalidad y revise la siguiente información para poder decidir si desea dar su consentimiento y responder a ciertas preguntas. **Sus respuestas no afectarán la preparación de su declaración de impuestos.**

Preguntas demográficas: Estas son preguntas sobre usted (y su cónyuge, si presentan una declaración conjunta). Los datos de estas preguntas se usan con fines estadísticos y para planificar programas.

Consentimiento para divulgar información de la declaración de impuestos a los locales de preparación de impuestos de VITA (Programa voluntario de asistencia impositiva) y TCE (Programa de asesoramiento para las personas mayores). Si el año pasado le prepararon la declaración de impuestos aquí, parte de su información (nombre, dirección, dependientes, pagadores, etc.) aparecerá automáticamente cuando preparemos su declaración esta vez. También puede permitir que su información esté disponible en cualquier otro local de AARP Foundation Tax-Aide o VITA. Firme este formulario si desea que su información esté disponible en cualquier local de AARP Foundation Tax-Aide o VITA al que decida ir el próximo año.

Consentimiento para divulgar información a AARP Foundation o para permitir que AARP utilice la información. Firme este formulario si desea permitir que se proporcione información de su declaración de impuestos, incluidas sus respuestas a preguntas demográficas, que serán provistas por Tax-Aide al auspiciador del programa, (AARP Foundation) para ayudar en el desarrollo del programa, apoyar el financiamiento de este servicio gratuito y enviarle más información sobre otros programas de AARP Foundation, si así lo desea.

Consentimiento para que AARP Foundation use la información seleccionada de la declaración de impuestos para proporcionarle información adicional sobre otros programas o servicios gratuitos de AARP Foundation. Además de Tax-Aide, AARP Foundation ayuda a los adultos mayores de bajos ingresos a conseguir lo indispensable, incluidos buenos empleos, beneficios a los que tienen derecho, reembolsos cruciales y el mantenimiento de conexiones sociales mediante una variedad de programas y servicios. Algunos de estos programas y servicios podrían ser importantes para usted. Firme este formulario si desea permitir que AARP Foundation —la filial benéfica de AARP— le envíe información sobre programas y servicios gratuitos. Sus datos no se compartirán con AARP ni con los proveedores de servicios autorizados de AARP para fines de promoción de membresías ni ofertas pagadas.

Consentimiento para Divulgar la Información de la Declaración de Impuestos a los Sitios de Preparación de Impuestos de VITA/TCE

Divulgación Federal:

La ley Federal requiere que le proporcionemos este formulario de consentimiento. A menos que la ley lo autorice, no podemos divulgar sin su consentimiento la información de su declaración de impuestos a terceros para propósitos diferentes a la preparación y presentación de su declaración de impuestos. Si usted da su consentimiento para la divulgación de la información de su declaración de impuestos, la ley Federal tal vez no pueda proteger la información de su declaración de impuestos de uso adicional o distribución.

No se le requiere completar este formulario para recibir nuestros servicios de preparación de declaraciones de impuestos. Si obtenemos su firma en este formulario condicionando nuestros servicios de preparación de impuestos a su consentimiento, su consentimiento no será válido. Si está de acuerdo con la divulgación de la información de su declaración de impuestos, su consentimiento es válido por la cantidad de tiempo que usted especifique. Si no especifica la duración de su consentimiento, su consentimiento es válido por un año a partir de la fecha de su firma.

Términos:

El Traspaso Global de datos permite a *TaxSlayer LLC*, el proveedor del software tributario utilizado en los sitios de *VITA/TCE*, hacer que la información de su declaración de impuestos esté disponible para CUALQUIER sitio de voluntarios que participe en el programa de *VITA/TCE* del *IRS* que usted seleccione para preparar una declaración de impuestos en la próxima temporada de presentación de impuestos. Esto significa que el próximo año usted podrá visitar cualquier sitio de voluntarios que utilice el programa *TaxSlayer* y hacer que su declaración de impuestos se llene con sus datos del año actual, independientemente del lugar donde presentó su declaración de impuestos este año. Este consentimiento es válido hasta el 30 de noviembre de 2026.

La información de la declaración de impuestos que será divulgada incluye, pero no se limita a, la información demográfica, financiera, y otra personalmente identificable sobre usted, su declaración de impuestos y sus fuentes de ingresos, que fue ingresado en el software de preparación de impuestos para el propósito de preparar su declaración de impuestos. Esta información incluye su nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de teléfono, número de Seguro Social, estado civil para efectos de la declaración de impuestos, ocupación, nombre y dirección del empleador, las cantidades y fuentes de ingresos, y las deducciones y los créditos que reclamó o incluyó en su declaración de impuestos. La información de la declaración de impuestos que será divulgada también incluye el nombre, número de Seguro Social, fecha de nacimiento y la relación con todo dependiente que reclamó en su declaración de impuestos.

No tiene que dar el consentimiento al socio de *VITA/TCE* que prepara su declaración de impuestos este año. El Traspaso Global le ayudará únicamente si visita un socio diferente de *VITA* o *TCE* el próximo año que utiliza *TaxSlayer*. Tiene derecho a recibir una copia firmada de este formulario.

Limitación de la duración del consentimiento: Yo/Nosotros, el(los) contribuyente(s), no deseamos limitar la duración del consentimiento de la divulgación de la información de la declaración de impuestos a una fecha más temprana a la indicada anteriormente (30 de noviembre de 2026). Si yo/nosotros deseamos limitar la duración del consentimiento de la divulgación a una fecha anterior, yo/nosotros denegaremos el consentimiento.

Limitación del alcance de la divulgación: Yo/Nosotros, el(los) contribuyente(s), no deseamos limitar el alcance de la divulgación de la información de la declaración de impuestos más allá de lo indicado anteriormente. Si yo/nosotros deseamos limitar el alcance de la divulgación de la información de la declaración de impuestos más allá de lo indicado anteriormente, yo/nosotros denegaremos el consentimiento.

Consentimiento:

Yo/Nosotros, el(los) contribuyente(s), hemos leído la información anterior.

Yo/Nosotros, por la presente doy/damos mi/nuestro consentimiento para la divulgación de la información de la declaración de impuestos conforme a los términos del Traspaso Global y autorizo/autorizamos al preparador de impuestos ingresar un *PIN* en el software de preparación de impuestos en mi/nuestro nombre para verificar mi/nuestro consentimiento a los términos de esta divulgación.

| | |
|---|-------|
| Nombre impreso y firma del contribuyente primario | Fecha |
| Nombre impreso y firma del contribuyente secundario | Fecha |

Si usted cree que la información de su declaración de impuestos ha sido divulgada o utilizada indebidamente de una manera no autorizada por la ley, o sin su permiso, puede comunicarse por teléfono con el Inspector General para la Administración Tributaria del Tesoro (*TIGTA*, por sus siglas en inglés) al 1-800-366-4484. Cómo denunciar un delito o una conducta indebida de un empleado del *IRS* - Inspector General del Tesoro de EE.UU. para la Administración Tributaria (*TIGTA*, en inglés) (<https://www.tigta.gov/reportcrimemisconduct>).

Consentimiento para divulgar información a AARP Foundation o para permitir que AARP utilice la información.

Divulgación federal

La ley federal requiere que se le proporcione este formulario de consentimiento a usted ("usted" se refiere a cada contribuyente, si hubiera más de uno). A menos que la ley lo autorice, no podemos divulgar sin su consentimiento la información de su declaración de impuestos a terceros para fines distintos de la preparación y presentación de su declaración de impuestos. Si usted accede a la divulgación de la información de su declaración de impuestos, es posible que la ley federal no proteja la información de su declaración de impuestos contra su uso o distribución posterior.

No se requiere que complete este formulario para contratar nuestros servicios de preparación de declaraciones de impuestos. Si obtenemos su firma en este formulario al condicionar nuestros servicios de preparación de declaraciones de impuestos a su consentimiento, este no será válido. Si está de acuerdo con la divulgación de la información de su declaración de impuestos, su consentimiento es válido por el tiempo que usted especifique. Si no especifica la duración de su consentimiento, este será válido durante un año a partir de la fecha en que se firma.

Términos:

Yo/nosotros autorizo/autorizamos a AARP Foundation de la siguiente manera:

3 años de divulgación: El preparador de impuestos divulgará la información personal al desarrollador de software a través del software de preparación de impuestos del desarrollador. El desarrollador del software divulgará la información personal a AARP Foundation.

La divulgación o el uso es de 3 años, en los que el desarrollador de software pone a disposición de AARP Foundation la información personal del contribuyente tal y como figura en la declaración de impuestos, con el fin de que AARP Foundation pueda proporcionar informes, apoyo, asistencia administrativa y oportunidades de programas e investigación al preparador de impuestos.

Información personal: La información de la declaración de impuestos que se divulgará incluye, pero no se limita a: información demográfica, financiera y demás información personal identificable sobre usted, su declaración de impuestos, sus fuentes de ingresos y cualquier otro dato que se haya introducido en el software de preparación de impuestos.

Limitación de la duración del consentimiento: Yo/nosotros, el/los contribuyentes, no deseo/deseamos limitar la duración del consentimiento de la divulgación/uso de la información de la declaración de impuestos a una fecha anterior a tres años. Si yo/nosotros deseo/deseamos limitar la duración de la divulgación o uso a una fecha anterior, negaré el consentimiento.

Limitación del alcance de la divulgación: Yo/nosotros, el/los contribuyentes, no deseo/deseamos limitar el alcance de la divulgación de la información de la declaración de impuestos más allá de lo anteriormente presentado. Si yo/nosotros deseo/deseamos limitar el alcance de la divulgación de la información de la declaración de impuestos más allá de lo presentado anteriormente, yo/nosotros negaré/negaremos el consentimiento.

| | |
|--|-------|
| Nombre (en letra de imprenta) y firma del contribuyente principal | Fecha |
| Nombre (en letra de imprenta) y firma del contribuyente secundario | Fecha |

Si usted cree que la información de su declaración de impuestos ha sido divulgada o utilizada indebidamente, de manera no autorizada por la ley o sin su permiso, puede comunicarse con el Inspector General del Tesoro para la Administración Fiscal (TIGTA) por teléfono, al 1-800-366-4484, o por correo electrónico, a complaints@tigta.treas.gov.

Consentimiento para que AARP Foundation utilice ciertos datos de su declaración de impuestos

Divulgación federal

La ley federal requiere que le proporcionemos este formulario de consentimiento. A menos que la ley lo autorice, no podemos usar la información de su declaración de impuestos para fines distintos de la preparación y presentación de su declaración de impuestos sin su consentimiento.

No se requiere que complete este formulario para contratar nuestros servicios de preparación de declaraciones de impuestos. Si obtenemos su firma en este formulario al condicionar nuestros servicios de preparación de declaraciones de impuestos a su consentimiento, este no será válido. Su consentimiento es válido durante el tiempo que especifique. Si no especifica la duración de su consentimiento, este será válido durante un año a partir de la fecha en que se firma.

Términos:

AARP Foundation Tax-Aide es uno de varios programas o servicios gratuitos que AARP Foundation ofrece para ayudar a los adultos mayores de bajos ingresos a conseguir lo indispensable, incluidos buenos empleos, beneficios a los que tienen derecho, reembolsos y el mantenimiento de conexiones sociales. Algunos de estos programas y servicios podrían ser relevantes para usted. Si desea que usemos la información de su declaración de impuestos para ayudar a determinar si otros programas o servicios gratuitos de AARP Foundation podrían estar disponibles para usted, para enviarle detalles sobre cómo acceder a estos programas o servicios o para comunicarnos con usted para verificar si reúne los requisitos y está interesado en participar en actividades relacionadas con la investigación, como encuestas o grupos de discusión, que proporcionan información a nuestros programas y servicios, firme y feche este consentimiento para el uso de la información de su declaración de impuestos.

Yo/nosotros autorizo/autorizamos a AARP Foundation de la siguiente manera:

3 años de propósito: El propósito del uso es que AARP Foundation utilice la información de su declaración de impuestos para determinar si debería proporcionarle información adicional sobre otros programas o servicios gratuitos de AARP Foundation.

Información personal: La información de la declaración de impuestos que se usará incluye su nombre, su dirección, su dirección de correo electrónico, su número de teléfono, su edad, su ingreso bruto ajustado, su raza, su origen étnico, su identidad de género, su orientación sexual, su estado de discapacidad, su condición de veterano, el tamaño de su grupo familiar, las asignaciones de sus reembolsos, sus créditos, su posesión de bienes y los formularios usados.

Limitación de la duración del consentimiento: Yo/nosotros, el/los contribuyentes, no deseo/deseamos limitar la duración del consentimiento del uso de la información de la declaración de impuestos a una fecha anterior a tres años. Si yo/nosotros deseo/deseamos limitar la duración del uso a una fecha anterior, negaré/negaremos el consentimiento.

| | |
|--|-------|
| Nombre (en letra de imprenta) y firma del contribuyente principal | Fecha |
| Nombre (en letra de imprenta) y firma del contribuyente secundario | Fecha |

Si usted cree que la información de su declaración de impuestos ha sido divulgada o utilizada indebidamente, de manera no autorizada por la ley o sin su permiso, puede comunicarse con el Inspector General del Tesoro para la Administración Fiscal (TIGTA) por teléfono, al 1-800-366-4484, o por correo electrónico, a complaints@tigta.treas.gov.