



BP Administrations

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

Lista de Verificación

Sección A: Ingresos Generales

Por favor marque todos los que apliquen:

<u>Forma</u>		<u>Numero de Formas</u>
W-2	<input type="checkbox"/>	_____
1099- MISC	<input type="checkbox"/>	_____
1099- G	<input type="checkbox"/>	_____
1099- R	<input type="checkbox"/>	_____
1099-INT	<input type="checkbox"/>	_____

Para formas 1099-MISC: Si tuvo algún gasto, complete la forma Schedule C en nuestro sitio web.

Formas de Propiedad:

1098	<input type="checkbox"/>	_____
1099-S	<input type="checkbox"/>	_____

Otras Formas:

1099-C	<input type="checkbox"/>	_____
1099-A	<input type="checkbox"/>	_____
W-2G	<input type="checkbox"/>	_____

Sección B: Seguro Medico

Por favor marque todos los que apliquen:

Medicare/ Medical Por Medio de su Trabajo Compro su Propio Seguro Covered CA

Si no tuvo cobertura médica, ¿cuándo fue el último día sin cobertura médica? _____

¿Recibió forma 1095-A or B or C? Si No Si la recibió, por favor de incluir la forma

Section C: Planes de Retiro

¿Participa en el plan de retiro de su empleador? Si No

Si no participa en el plan de retiro de su empleador, ¿financió una Tradicional IRA o Roth IRA? Si No

Section D: Deducciones

Por favor marque todos los que apliquen:

¿Tuvo gastos médicos y dentales? Si No

¿Tuvo interés hipotecario (forma 1098)? Si No

¿Hizo alguna contribución caritativa? Si No

Si respondió si a cualquiera de las preguntas anteriores, complete forma Schedule A en nuestro sitio web.

Section E: Información Adicional

¿Instalo paneles solares? Si No

¿Tiene un vehículo de bajo consumo de combustible? Si No

¿Es dueño de casa? Si No Numero de propiedades _____

¿Tiene alguna propiedad en alquiler? Si No Numero de propiedades _____

¿Recibe beneficios del Seguro Social? Si No

¿Si respondió si, recibió forma 1099-SSA? Si No

¿Tiene algún familiar discapacitado? Si No Si respondió si, responda las siguientes preguntas:

¿Quién es el miembro de la familia discapacitado? _____

¿Que tipo de discapacidad? _____

¿Recibe una compensación por cuidar al familiar mencionado anteriormente? Si No

Section F: Dueños de Negocio

Nombre de negocio: _____

Tipo de entidad:

Sole Proprietorship General Partnership Limited Liability Partnership (LLP)

S-Corporation C-Corporation Limited Liability Company (LLC)

***Si recibe forma 1099-MISC, complete forma Schedule C en nuestro sitio web.**