



2510 N 17th STREET, SUITE 203, PO BOX 1030, ROGERS AR 72756  
p: 479-246-0104 | f: 479-246-0110  
[www.carecc.org](http://www.carecc.org)  
501c3 EIN 462973383

"We Believe No One Should Be hungry"

## Bienvenido al Centro de Impuestos Comunitario CARE

Este formulario de admisión ayuda a nuestros voluntarios a comprender su hogar y su situación tributaria para poder preparar su declaración de impuestos correctamente.

Por favor complete este formulario lo mejor que pueda. Si no está seguro de alguna pregunta, puede dejarla en blanco. Un voluntario revisará el formulario con usted.

Su información se mantiene confidencial y se utiliza únicamente para la preparación de impuestos y los informes requeridos del programa.

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE      FECHA\_\_\_\_\_  VITA  TCE

Nombre del Contribuyente: \_\_\_\_\_

Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_

Número de Licencia de Conducir : \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del Contribuyente \_\_\_\_\_ Teléfono del Cónyuge: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico del Contribuyente: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico del Cónyuge: \_\_\_\_\_

Declaraciones Estatales a Presentar: \_\_\_\_\_

### Condado de Residencia:

Benton  Washington  Madison  Carroll  Otro: \_\_\_\_\_



2510 N 17th STREET, SUITE 203, PO BOX 1030, ROGERS AR 72756  
p: 479-246-0104 | f: 479-246-0110

p: 479-246-0104

[www.carecc.org](http://www.carecc.org)

01e3 FIN 462973393

501c3 EIN 462973383

"We Believe NO ONE SHOULD BE HUNGRY"

501c3 EIN 462973383

**Enumere a todas las personas que se incluirán en esta declaración de impuestos.**

**MIEMBROS DEL HOGAR INCLUIDOS EN ESTA DECLARACIÓN:**

**Enumere a otras personas que viven en su hogar y que no están incluidas en esta declaración de impuestos.**

**MIEMBROS DEL HOGAR NO INCLUIDOS EN ESTA DECLARACIÓN:**



2510 N 17th STREET, SUITE 203, PO BOX 1030, ROGERS AR 72756  
p: 479-246-0104 | f: 479-246-0110  
[www.carecc.org](http://www.carecc.org)  
"We Believe NO ONE SHOULD BE HUNGRY" 501c3 EIN 462973383

NOMBRE	EDAD	RELACIÓN

Por favor enumere todas las fuentes de ingresos suyas o de cualquier persona de su hogar que se incluirá en esta declaración. Esto incluye salarios, beneficios y otros ingresos regulares.

## Información de Ingresos del Hogar

(Incluya los ingresos suyos y de cualquier persona enumerada arriba.)



2510 N 17th STREET, SUITE 203, PO BOX 1030, ROGERS AR 72756  
P: 479-246-0104 | f: 479-246-0110

[www.carecc.org](http://www.carecc.org)  
501c3 EIN 462973383

"We Believe No One Should Be Hungry"

## Información Adicional del Hogar (Opcional)

### Raza / Etnicidad:

- Blanco
- Negro o Afroamericano
- Hispano / Latino
- Asiático
- Nativo Americano / Nativo de Alaska
- Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico
- Dos o Más Razas
- Prefiero No Decir
- Otro: \_\_\_\_\_

### Género del Solicitante Principal:

- Masculino
- Femenino
- No Binario
- Prefiero No Decir
- Otro: \_\_\_\_\_

### ¿Usted o su cónyuge es Veterano(a)?

- Sí
- No

### ¿Actualmente recibe SNAP / Cupones de Alimentos?

- Sí
- No
- Solicitud Pendiente
- Cantidad: \_\_\_\_\_

### Nivel Más Alto de Educación Completado:

- Menos que Escuela Secundaria
- Escuela Secundaria / GED
- Algunos Estudios Universitarios
- Título de Asociado
- Licenciatura
- Posgrado / Grado Profesional

### Tipo de Vivienda:

- Propia
- Alquiler
- Viviendo con Familiares / Amigos
- Temporal / Refugio
- Vivienda de Transición
- Sin Hogar
- Otro: \_\_\_\_\_



2510 N 17th STREET, SUITE 203, PO BOX 1030, ROGERS AR 72756  
p: 479-246-0104 | f: 479-246-0110  
[www.carecc.org](http://www.carecc.org)  
501c3 EIN 462973383

"We Believe NO ONE SHOULD BE HUNGRY"

**Tipo de Seguro Médico:**

- Ninguno
- Medicaid / ARKids
- Medicare
- Proporcionado por el Empleador
- Mercado / Seguro Privado
- Beneficios del VA
- Otro: \_\_\_\_\_

Entiendo que la información en este formulario se utilizará para preparar mi declaración de impuestos. Es posible que se me hagan preguntas adicionales y que se me soliciten documentos relacionados con mi situación tributaria.

Mi información se mantiene confidencial y se utiliza de acuerdo con el Programa VITA/TCE. Solo se utiliza información no identificable para los informes de subvenciones.

Firma del Contribuyente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Solo Para Uso del Personal de CARE:**

INGRESADO: \_\_\_\_\_ POR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_