

Declaración de impuestos INFORMACIÓN ADICIONAL

1. ¿Cuál es su Estado de Residencia (más de 6 meses)?

- New Jersey
- Pennsylvania
- Si es otro, especifique: _____

2. ¿Trabaja en Pennsylvania? SI NO

- En caso afirmativo, ¿cuál es la dirección de su trabajo?: _____

3. ¿Vivió en el estado marcado los 12 meses del año?

- Si
- No

Si la respuesta es NO, proporcione la fecha en que se mudó dentro o fuera de su estado de residencia (si corresponde):

- Se mudó al estado de _____ (DD / MM / AAAA)
Se mudó del estado de _____ (DD / MM / AAAA)

4. ¿Renta o es dueño de su residencia en Nueva Jersey? (Solo los de NJ)

- Alquiler
Si renta, ¿cuál es la renta mensual? _____
¿Rentó los 12 meses **del año**?
 - Si
 - No. Si no, ¿cuántos meses alquiló? _____
- Propietario
- Ninguno

5. ¿En qué municipio (donde paga impuestos) y condado vive? _____

6. ¿Está en el Programa de Reembolso de Impuestos a la Propiedad (también conocido como Senior Freeze / Blue Book)?

- Sí NO

¿En caso afirmativo, ¿cuál es el monto de su impuesto a la propiedad base?

\$ _____

CONTINUA AL REVERSO

¿PREGUNTAS? taxes@uwhunterdon.org or (908) 237-1689

UWHC VOLUNTEER INCOME TAX ASSISTANCE (VITA)

7. ¿Tuvieron Seguro médico durante todo el año todas las personas incluidas en su declaración?

- Si
- No (NOTA: LO LLAMAREMOS SI NO TIENE SEGURO DE SALUD PARA DETERMINAR SI CALIFICA PARA UNA EXTENSIÓN).

Si la respuesta es NO, ¿quién no tenía seguro médico y cuándo si tuvo?
Si son más de 4 personas, ponga la información al final de esta forma.

- Nombre 1: _____
 - Lista de meses con seguro: _____
- Nombre 2: _____
 - Lista de meses con seguro: _____
- Nombre 3: _____
 - Lista de meses con seguro: _____
- Nombre 4: _____
 - Lista de meses con seguro: _____

8. ¿Es usted o su esposo(a) considerados DISCAPACITADOS por el estado de NJ? De ser así, normalmente recibiría SSD (beneficios del Seguro por discapacidad).

- Si
Si es así, ¿quién está discapacitado? _____
- No
- No estoy seguro

¿PREGUNTAS? taxes@uwhunterdon.org or (908) 237-1689