

**Nota:** Si necesita más espacio para contestar cualquier pregunta a continuación, adjunte más hojas. Asegúrese de escribir su nombre y número de Seguro Social en la parte superior de todas las páginas que adjunte.

**Parte VII Indíquenos si desea que se le envíe un reembolso**

**31** Al marcar esta casilla y firmar este formulario, usted afirma que desea un reembolso, si reúne los requisitos para obtener alivio y si ya pagó el impuesto. *Vea las instrucciones* . . . . .

**Precaución**  
 Al firmar este formulario, usted entiende que, por ley, tenemos que comunicarnos con la persona indicada en la línea 5. *Vea las instrucciones para mayor información.*

**Firme aquí**

Conserve una copia para su archivo.



Bajo pena de perjurio, declaro que he examinado este formulario, incluyendo todos los anexos y declaraciones adjuntos, y que, a mi leal saber y entender, son verídicos, correctos y completos. La declaración del preparador (que no sea el contribuyente) está basada en toda información de la cual el preparador tiene conocimiento.

Su firma

Fecha

**Para uso exclusivo del preparador remunerado**

Nombre del preparador (Escriba a máquina o en letra de molde)	Firma del preparador	Fecha	Marque aquí si trabaja por cuenta propia <input type="checkbox"/>	<i>PTIN</i>
Nombre de la empresa ▶			<i>EIN</i> de la empresa ▶	
Dirección de la empresa ▶			Núm. de teléfono	