

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	