

Su nombre actual	Su número de Seguro Social
-------------------------	-----------------------------------

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.

b Describa el abuso que usted enfrentó, incluyendo la fecha aproximada en que comenzó y cómo le pudo haber afectado a usted, a sus hijos o a otros miembros de su familia. Explique cómo este abuso afectó su habilidad para cuestionar la declaración de partidas en su declaración de impuestos o el pago del impuesto adeudado en su declaración. Por favor adjunte una declaración por escrito, si es necesario.

c ¿Acaso tiene miedo usted de la persona indicada en la línea 6 de este formulario? Sí No

d ¿Acaso la persona indicada en la línea 6 de este formulario representa una amenaza para usted, sus hijos u otros miembros de su familia? Sí No

Para evaluar apropiadamente su solicitud, por favor adjunte fotocopias de toda documentación que tenga disponible, por ejemplo:

- Orden de protección y/o restricción;
- Informes policiales;
- Registros médicos, incluyendo aquéllos de un terapeuta (psicólogo o psiquiatra) o consejero;
- Informe o carta del doctor;
- Fotografías que evidencien las heridas o lesiones;
- Una declaración escrita de alguien que fue víctima o testigo del abuso o del resultado del abuso; y
- Cualquier otro documento que tenga.

Parte VI Información adicional

24 Por favor provea cualquier otra información que desea que nosotros consideremos, de los años por los cuales presenta este formulario o cualesquier otros años durante los cuales presentó una declaración conjunta con la persona indicada en la línea 6, al decidir si sería injusto que se le responsabilice a usted por el impuesto.

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

25 Al marcar este recuadro 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

Recordatorio: Por favor adjunte *copias completas* de cualquier documento que se le pida o que usted de otra manera crea que apoyará su solicitud de alivio del cónyuge inocente.

Precaución:

Al firmar este formulario, usted entiende que, por ley, tenemos que comunicarnos con la persona indicada en la línea 6. Vea las instrucciones para mayor información.

Firme aquí

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.

Conserve una copia para su archivo.

Su firma

Fecha

Para uso exclusivo del preparador remunerado

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