

Clínica de Contribuyentes de Bajos Ingresos de la Universidad de Baltimore

Instrucciones de Admisión

POR FAVOR LEA. EL NO SEGUIR LAS INSTRUCCIONES RETRASARÁ EL PROCESAMIENTO DE SU ADMISIÓN.

Antes de considerar aceptarlo como cliente, la Universidad debe validar su identidad y verificar los ingresos de su hogar.

Con su formulario de admisión de cliente, debe enviar lo siguiente:

1. Una copia de su Licencia de Conducir o un documento de identificación emitido por el gobierno con su fotografía;
2. un autorretrato (una foto reciente); y
3. si la dirección en su identificación es diferente de su dirección actual, una copia de una carta dirigida a usted en su nueva dirección de un banco, una entidad gubernamental o una empresa de servicios públicos.

Antes de considerar aceptar su caso, los ingresos de su hogar deben ser verificados para garantizar su elegibilidad. Un abogado estudiante solicitará copias de lo siguiente, si corresponde, para TODOS los miembros del hogar:

1. Los 2 colillas de pago más recientes
2. Los formularios W-2 y 1099 del año anterior.
3. La declaración de impuestos federales sobre los ingresos más recientemente presentada para todos los miembros del hogar. (Puede solicitar a la IRS una copia de la declaración o una transcripción. (Puede ocultar los números de seguro social de los miembros del hogar si presentan declaraciones por separado de usted.)
4. Documentación que muestre la cantidad de seguro social pagada mensualmente. (Ejemplos incluyen: si se deposita directamente, un estado de cuenta bancaria que muestre el depósito, o una declaración de beneficios del seguro social.)
5. Documentación que muestre la cantidad de beneficios de pensión pagados mensualmente.
6. Si recibe beneficios gubernamentales como TANF, SNAP, etc., documentación que muestre el valor del beneficio recibido
7. Si tiene cuentas de jubilación que requieren distribuciones mínimas, evidencia del monto de la distribución anual.

Para agilizar la revisión de su caso, se le anima a enviar los documentos anteriores con su formulario de admisión de cliente completado.

Para enviar su formulario de admisión completado y documentos relacionados, puede:

1. enviarlos por fax a: ATTN: Clínica de Contribuyentes de Bajos Ingresos al 410-837-4776
2. enviarlos por correo electrónico a joram@ubalt.edu
3. enviarlos por correo a: Clínica de Contribuyentes de Bajos Ingresos de la Universidad de Baltimore, P.O. Box 298, Baltimore MD 21203

Universidad de Baltimore

Clínica de Contribuyentes de Bajos Ingresos

Formulario de Admisión de Clientes

Fecha de Contacto Inicial del Cliente Potencial: _____

Contacto Inicial Realizado Por: _____

Entrevista a Cliente Potencial realizada por: _____

CLIENTE POTENCIAL:

Nombre Completo: _____

Organización (si aplica): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: (casa) _____ (trabajo) _____ (celular) _____

Mejores horarios para llamar: _____ ¿Se puede dejar mensaje? _____ Correo Electrónico: _____

SSN: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____ Género: _____

¿Cómo le gustaría que nos contactemos cuando tengamos una opción? (teléfono, correo electrónico, correo regular): _____

¿Qué idioma habla en casa?: _____

¿Cómo se enteró de la Clínica?: _____

¿Tiene actualmente un caso de bancarrota abierto? ☐ SÍ ☐ NO

¿Es usted trabajador autónomo o lo fue durante los años fiscales en cuestión? ☐ SÍ ☐ NO

Por favor, dé una breve explicación de por qué contactó a la Clínica o cuál es su problema fiscal: _____

INSTRUCCIONES IMPORTANTES:

DEBE ENVIAR CON SU SOLICITUD DOCUMENTACIÓN QUE PERMITA LA VERIFICACIÓN DE SU IDENTIDAD. ESTO INCLUYE UNA COPIA DE SU LICENCIA DE CONDUCIR O UNA IDENTIFICACIÓN EMITIDA POR EL GOBIERNO CON SU FOTO, Y UN AUTORRETRATO (FOTO ACTUAL SUYA).

SI LA DIRECCIÓN EN SU IDENTIFICACIÓN ES DIFERENTE DE SU DIRECCIÓN ACTUAL, POR FAVOR ENVÍE DOCUMENTACIÓN QUE DEMUESTRE QUE SE HA MUDADO. ESTO PODRÍA SER, POR EJEMPLO, UNA CARTA CON SU NOMBRE DIRIGIDA A USTED DESDE UN BANCO, UNA ENTIDAD GUBERNAMENTAL O UNA FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS.

1. **Cantidad en Disputa y Devoluciones Atrasadas**

Por favor, indique la cantidad de dinero que el Servicio de Impuestos Internos reclama que usted debe, o que usted cree que se debe, para cada año que está en disputa.

<u>Año Fiscal</u>	<u>Cantidad Adeudada o En Disputa</u>
<u>Año Fiscal</u>	<u>Declaraciones No Presentadas</u>

El Asistente Administrativo u otra persona encargada del contacto inicial debería completar este cuadro con la información proporcionada por el cliente. La persona que lleva a cabo la entrevista de admisión debe revisar y confirmar esta información con el cliente potencial. Para obtener más información, consulte el 26 U.S.C. § 7526.

He revisado la información sobre la cantidad en disputa indicada anteriormente y, según mi leal saber y entender, es verdadera y correcta.

Fecha: _____ **Contacto Inicial:** _____

Fecha: _____ **Contribuyente:** _____

Fecha: _____ **Contribuyente:** _____

Fecha: _____ **Entrevistador:** _____

2. Ingresos Anuales

La Clínica de Impuestos de la Facultad de Derecho de la Universidad de Baltimore recibe una subvención federal para operar. Prácticamente todos nuestros clientes deben cumplir con las pautas de ingresos que se indican a continuación, o de lo contrario pondremos en peligro nuestra financiación. Para ser elegible para ser representado por la Clínica, el monto total de los ingresos del hogar que usted y su familia esperan recibir durante este año (1/1/24 al 31/12/24) no debe ser mayor que los montos indicados en el siguiente cuadro:

Pautas de Ingresos de LITC para 2024

NÚMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA	LOS INGRESOS NO PUEDEN SUPERAR	INGRESOS REALES DEL HOGAR DE CLIENTES POTENCIALES
1	\$37,650	
2	\$51,100	
3	\$64,550	
4	\$78,000	
5	\$91,450	
6	\$104,900	
7	\$118,350	
8	\$131,800	
Por cada personal adicional, sume	\$13,450	

El Asistente Administrativo u otra persona encargada del contacto inicial debería completar este cuadro utilizando los cuadros en las páginas 4-6. La persona que lleva a cabo la entrevista de admisión debe revisar y confirmar esta información con el cliente potencial. Para obtener más información, consulte el 26 U.S.C. § 7526.

He revisado la información sobre ingresos indicada anteriormente y, según mi leal saber y entender, es verdadera y correcta.

Fecha: _____ **Contacto Inicial:** _____

Fecha: _____ **Contribuyente:** _____

Fecha: _____ **Contribuyente:** _____

Fecha: _____ **Entrevistador:** _____

Para ayudarnos a determinar si califica para ser representado por la Clínica de Impuestos, responda las siguientes preguntas. Para algunas preguntas, es posible que le pidamos que estime los montos que puede ganar o recibir durante el resto de 2024. Por favor, haga su mejor esfuerzo para hacerlo.

2-A. Miembros del Hogar:

Por favor, identifique a todas las personas con las que vive y que están relacionadas con usted por nacimiento, matrimonio o adopción.

Adjunte copias adicionales de esta página según sea necesario.

<u>Nombre</u>	<u>Relacion</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Numero de Seguro Social</u>

Otros Miembros de la Familia:

Por favor, identifique a cualquier cónyuge, ex cónyuge o hijo suyo que NO viva con usted.

Adjunte copias adicionales de esta página según sea necesario.

<u>Nombre</u>	<u>Relacion</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Numero de Seguro Social</u>

2-B. Ingresos

Para usted y todas las personas mencionadas anteriormente como miembros de la familia, por favor incluya (a) los montos de los siguientes tipos de ingresos (recibos totales en efectivo antes de impuestos) que ha recibido hasta la fecha de hoy, y (b) los montos totales de los siguientes tipos de ingresos que espera recibir durante el 2024:

Tipo de Ingreso	Propio	Esposo(a)	Otro*
Pagos/salarios, brutos antes de las deducciones	\$	\$	\$
Ingresos Netos de Autoempleo (ingresos brutos menos gastos comerciales)	\$	\$	\$
Pensión Alimenticia	\$	\$	\$
Manutención de Menores	\$	\$	\$
Asistencia Pública Financiada Federalmente y Otros (Ver subtabla a continuación)	\$	\$	\$
Seguridad Social o SSI	\$	\$	\$
Ingresos de Jubilación/Pensión	\$	\$	\$
Beneficios por Desempleo	\$	\$	\$
Compensación Laboral	\$	\$	\$
Alquileres	\$	\$	\$
Regalías	\$	\$	\$
Becas	\$	\$	\$
Intereses	\$	\$	\$
Ganancias Netas de Juegos de Azar	\$	\$	\$
Beneficios para Sobrevivientes/Pagos de Anualidades	\$	\$	\$
INGRESOS TOTALES	\$	\$	\$

<u>Asistencia Publica:</u> (excluyendo vales o subsidios para cuidado de niños)	\$	\$	\$
Estampillas de Alimentos	\$	\$	\$
Medicaid	\$	\$	\$
Otro	\$	\$	\$

**Adjunte copias adicionales de las tablas según sea necesario para miembros adicionales del hogar.*

2-C. Activos - Si está casado, informe también los activos conjuntos.

<u>Cuentas Bancarias, Cuentas de Corretaje, Cuentas de Jubilación, Fideicomisos, Etc</u>			
Banco/Corredor	Ubicacion	Tipo de cuenta	Saldo Promedio*

<u>Buenas Raíces</u>				
Tipo	Direccion		Valor*	Pasivo/Monto adeudado por hipoteca
Casa:				
Otro:				
	Año	Marca/Modelo	Valor*	
Vehiculo 1				
Vehiculo 2				
Vehiculo 3				

**Para valor, las estimaciones son aceptables.*

La persona que lleva a cabo la entrevista de admisión debe revisar y verificar la precisión de esta información con el cliente potencial. Para obtener más información, consulte el 26 U.S.C. § 7526.

He revisado la información sobre ingresos y activos indicada anteriormente y, según mi leal saber y entender, es verdadera y correcta.

Fecha: _____ **Contacto Inicial:** _____

Fecha: _____ **Contribuyente:** _____

Fecha: _____ **Contribuyente:** _____

Fecha: _____ **Entrevistador:** _____

Debe proporcionar pruebas documentales de los ingresos de su hogar, incluidos los talones de pago más recientes, las declaraciones de beneficios del seguro social, los formularios W-2 del año pasado y/o los formularios 1099, y su declaración de impuestos federales sobre los ingresos más recientemente presentada para todos los miembros de su hogar. La clínica no considerará asumirlo como cliente hasta que se proporcionen todos los documentos requeridos de ingresos. Debería considerar enviar esta información de manera segura por correo electrónico a la clínica o enviarla por fax.

Si la Clínica lo acepta como cliente y durante el curso de la representación descubre una subestimación sustancial de activos o ingresos, la Clínica puede terminar su representación de inmediato.

He revisado la información enumerada en la totalidad de este formulario, y según mi leal saber y entender, es verdadera y correcta.

Fecha: _____ Admisión: _____

Fecha: _____ Contribuyente: _____

Fecha: _____ Contribuyente: _____

Fecha: _____ Entrevistador: _____

Mi solicitud incluye una copia de:

1. una identificación emitida por el gobierno con mi foto ☐
2. un autorretrato (foto reciente de mí mismo); y ☐
3. si mi dirección actual no coincide con mi identificación, una carta dirigida a mí en mi dirección actual de una entidad gubernamental, un banco o una empresa de servicios públicos.

Uso Interno:

INFORMACIÓN DEL ASUNTO DE ARCHIVO
PARA SER COMPLETADO DESPUÉS DEL CONTACTO INICIAL
CUESTIONARIO

Recomendación: Aceptar No Aceptar (circule uno)

_____ Fecha de la Recomendación

Decisión: _____ Aceptado

_____ Fecha Aceptado

_____ No Aceptado

Base (Circule uno):

- 1 - No cumplió con los límites de ingresos
- 2 - No es una controversia fiscal federal
- 3 - Sólo necesita preparar declaraciones
- 4 - Referido a otro abogado/proveedor de servicios legales
- 5 - No devolvió la llamada/no acudió a la cita
- 6 - El caso no proporciona valor pedagógico a los estudiantes
- 7- Otro (especifique): _____

Verificación de Conflictos: Realizada por _____ el _____

Adjunte los resultados de la verificación de conflictos a este formulario.

ABOGADOS DE LA CLÍNICA:

Consejero Estudiantil: _____

Abogado Adicional: _____

Abogado Supervisor: _____