

Departamento de Tesorería de los Estados Unidos

Declaración de Divulgación Financiera

Para evaluar una reclamación por dificultades económicas, el Departamento de Tesorería de los Estados Unidos compara los gastos que reclama con los promedios gastados con familias del mismo tamaño e ingresos que el suyo. El Departamento de Tesorería evalúa que los gastos incluidos son razonables comparados con el mismo monto de estos promedios. Si reclama más gastos que el promedio gastado por una familia como la suya, debe proporcionar una explicación razonable para justificar la cantidad que usted reclama es necesaria. Estos importes fueron determinados por el Servicio de Rentas Internas (IRS) en base a diferentes estudios gubernamentales. Puede encontrar el promedio de gastos que el Departamento utiliza en el siguiente sitio Web: www.irs.gov y luego buscar "Normas financieras de colección".

- Complete todos los elementos. No deje ningún elemento en blanco. Si la respuesta es cero, escriba cero.
- Proporcione documentación de los gastos. Los gastos no serán considerados si usted no proporciona documentos que respalden las cantidades reclamadas.
- Divulgar y proporcionar documentación de los ingresos del hogar.
- El no proporcionar esta información y documentación resultará que su reclamación sea rechazada.
- Firmar y fechar el documento en la página 6.
- Devuelva la información y documentación solicitada a:
 - o US DEPARTMENT OF THE TREASURY
 - o Facsímil #: (512)342-7220 / (512)342-7230
 - o Correo electrónico: AWG.Hearings@fiscal.treasury.gov

Ingresos

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono residencial: _____

Teléfono móvil: _____

Condado: _____

Teléfono del trabajo: _____

Empleador actual: _____

Fecha de empleo: _____

Teléfono del Empleador: _____

Posición actual: _____

Ingreso Bruto: \$ _____ ☐ Semanal ☐ Cada otra -semana ☐ Mensual ☐ Otros _____

Ingreso Neto: \$ _____ ☐ Semanal ☐ Cada otra- semana ☐ Mensual ☐ Otros _____

USTED DEBE INCLUIR: COPIA DE SUS DOS TALONES DE PAGO MÁS RECIENTES Y COPIAS DE LAS MÁS RECIENTES FORMAS W-2 y 1040, 1040A, 1040EZ u otra presentación. Indique todos los impuestos deducidos de su salario.

Deducciones	Cantidad	Razón
Impuesto Federal:	\$ _____	_____
Impuesto del Estado:	\$ _____	_____
Ciudad/Otra:	\$ _____	_____
FICA:	\$ _____	_____
Medicare:	\$ _____	_____
Otros:	\$ _____	_____
401K:	\$ _____	_____
Retiro:	\$ _____	_____
Cuotas sindicales:	\$ _____	_____
Gastos médicos:	\$ _____	_____
Dental:	\$ _____	_____
Visión:	\$ _____	_____
Unión de Crédito:	\$ _____	_____
Otros:	\$ _____	_____
	_____	_____

Número de dependientes: _____(incluyéndose a sí mismo)

Estado Civil: ☐Casado/a ☐Soltero/a ☐ Divorciado/a

Ingreso de cónyuge

Nombre de su cónyuge: _____

Ingreso Bruto: \$ _____☐Semanal ☐ Cada otra-Semana ☐ Mensual ☐ Otro _

Ingreso Neto: \$ _____☐Semanal ☐ Cada otra-Semana ☐ Mensual ☐ Otro _

USTED DEBE INCLUIR: COPIA DE SUS DOS TALONES DE PAGO MÁS RECIENTES Y COPIAS DE LAS MÁS RECIENTES FORMAS W-2 y 1040, 1040A, 1040EZ u otra presentación. Indique todos los impuestos deducidos de su salario.

Por favor explique todas las deducciones que aparecen en los talones de pago:

Deducciones	Cantidad	Razón
Impuesto Federal:	\$ _____	_____
Impuesto del Estado:	\$ _____	_____
Ciudad/Otra:	\$ _____	_____
FICA:	\$ _____	_____
Medicare:	\$ _____	_____
401K:	\$ _____	_____
Retiro:	\$ _____	_____
Cuotas sindicales:	\$ _____	_____
Gastos médicos:	\$ _____	_____
Dental:	\$ _____	_____
Visión:	\$ _____	_____
Unión de Crédito:	\$ _____	_____
Otros:	\$ _____	_____

Ingresos de otros miembros del hogar:

Nombre: _____

Ingreso Bruto: \$ _____ ☐ Semanal ☐ Cada otra-Semana ☐ Mensual ☐ Otro _

Igreso Neto: \$ _____ ☐ Semanal ☐ Cada otra-Semana ☐ Mensual ☐ Otro _

USTED DEBE INCLUIR: COPIA DE SUS DOS TALONES DE PAGO MÁS RECIENTES Y COPIAS DE LAS MÁS RECIENTES FORMAS W-2 y 1040, 1040A, 1040EZ u otra presentación. Indique todos los impuestos deducidos de su salario.

Explique todas las deducciones en talones de pago de otro miembro de la familia:

Deducciones	Cantidad	Razón
Impuesto Federal:	\$ _____	_____
Impuesto del Estado:	\$ _____	_____
Ciudad/Otra:	\$ _____	_____
FICA:	\$ _____	_____
Medicare:	\$ _____	_____
401K:	\$ _____	_____
Retiro:	\$ _____	_____
Cuotas sindicales:	\$ _____	_____
Gastos médicos:	\$ _____	_____
Dental:	\$ _____	_____
Vision:	\$ _____	_____
Unión de Crédito:	\$ _____	_____
Otros:	\$ _____	_____

Otros Ingresos:

Manutención de los hijos: \$ _____ ☐ Semanal ☐ Cada otra-semana ☐ Mensual ☐ Otro

Pensión alimenticia: \$ _____ ☐ Semanal ☐ Cada otra-semana ☐ Mensual ☐ Otro

Interés: \$ _____ ☐ Semanal ☐ Cada otra-semana ☐ Mensual ☐ Otro

Asistencia pública: \$ _____ ☐ Semanal ☐ Cada otra-semana ☐ Mensual ☐ Otro

Ingresos por alquiler: \$ _____ ☐ Semanal ☐ Cada otra-semana ☐ Mensual ☐ Otro

Otros: \$ _____ ☐ Semanal ☐ Cada otra-semana ☐ Mensual ☐ Otro

Describir otros: _____

Gastos mensuales:

Hogar/Refugio (DEBE ENVIAR COPIA DE LA HIPOTECA O EL ARRENDAMIENTO)

Renta/Hipoteca: \$ _____ Pago a: _____

Segunda Hipoteca: \$ _____ Pago a: _____

Seguro de casa/inquilino: \$ _____

Otro: \$ _____ Describir _____

Otro: \$ _____ Describir _____

Gastos del Hogar y Alimentos:

Alimentos: \$ _____/month

Ropa: \$ _____/month

Utilidades (ENVIAR COPIAS DE LAS FACTURAS)

Servicio eléctrico: \$ _____

Gas: \$ _____

Agua/alcantarillado: \$ _____

Recolección de basura: \$ _____

Teléfono: \$ _____

Teléfono móvil \$ _____

Internet \$ _____

Otros: \$ _____ Describir: _____

Otros: \$ _____ Describir: _____

Gastos médicos (ENVIAR COPIAS DE LAS FACTURAS)

Seguro médico \$ _____/mensual

(Sólo incluir la lista de pagos no deducidos del sueldo)

Pago de facturas \$ _____/mensual

(Sólo incluir la lista de los pagos no cubiertos por el seguro médico)

Otros: \$ _____/mensual Describir: _____

Transporte (USTED DEBE ENVIAR COPIAS ACUERDO DE PAGO O FACTURAS DEL AUTOMÓVIL)

De automóvil/es: _____

1 Primer pago del automóvil: \$_____/mensual

2 Segundo pago del automóvil: \$_____/mensual

Gas y petróleo: \$_____/mensual

Transporte público: \$_____/mensual

Peajes: \$_____/mensual

Seguro del automóvil: \$_____/mensual

Otros: \$_____ Describir: _____

Cuido de niños/dependientes (USTED DEBE ENVIAR COPIAS DE LAS FACTURAS)

Cuido de niños/dependientes: \$_____/mensual Número de niños: _____

Manutención de los hijos: \$_____/mensual Número de niños: _____

Otros: \$_____/ Describir: _____

Otros gastos (USTED DEBE ENVIAR COPIAS DE LAS FACTURAS)

Otros seguros: \$_____ Describir: _____

Deuda tributaria: \$_____ Describir: _____

Préstamos estudiantiles _____ Describir: _____

Gastos Misceláneos (Incluir una lista describiendo gastos, pagos mensuales y facturas)

FIRMA

Declaro bajo pena de ley que las respuestas y declaraciones contenidas en este documento son verdaderos y correctos.

Firma _____ Fecha _____

ADVERTENCIA: 18 U.S.C. 1001 dispone que "... quien quiera que a sabiendas e intencionalmente falsifica, oculta o cubre por cualquier truco, programa o dispositivo hecho de un material o hace cualquier declaración materialmente falsa, ficticia o fraudulenta o una representación... será una multa de hasta \$ 10.000,00 o encarcelado hasta cinco años, o ambas cosas". Ley de privacidad Esta petición es autorizada bajo 31 U.S.C. 3711, 20 U.S.C. 1078-6 y 31 U.S.C. 3720 D. No es necesario proporcionar esta información. De no hacerlo, no podemos determinar su capacidad financiera para reembolsar su deuda federal. La información que proporcione se utilizará para evaluar su capacidad de pago. Puede divulgarse a agencias del gobierno y sus contratistas, empleados, prestamistas, y otros para hacer cumplir esta deuda; a terceros en auditoría, investigación o disputa sobre el manejo de la deuda; y a las partes con derecho a esta información bajo la ley de libertad de información u otra ley Federal o con su consentimiento. Estas aplicaciones se explican en el aviso para sistema de archivos 18/11/07, 64 FR 30166 (04 de junio de 1999), 64 FR 72407 (27 de diciembre de 1999). Nosotros enviamos una copia de su petición.