

Name(s) and Address   <input type="checkbox"/> If address provided above is different then last return filed please check here. County of Residence _____	Your Social Security Number or Individual Taxpayer Identification Number	
	Your Spouse's Social Security Number or Individual Taxpayer Identification Number	
	Your Telephone Numbers	Spouse's Telephone Numbers
	Home: (    )	Home: (    )
	Work: (    )	Work: (    )
	Cell: (    )	Cell: (    )

**A. ACCOUNTS / LINES OF CREDIT** (include Banks, Savings and Loans, Credit Unions, Certificates of Deposit, Individual Retirement Accounts (IRAs), Keogh Plans, Simplified Employee Pensions, 401(k) Plans, Profit Sharing Plans, Mutual Funds and Stock Brokerage Accounts)

Name and Address of Institution	Type of Account	Current Balance / Value

Total number of dependents claims on Last Return Filed \_\_\_\_\_  
 Over 65 \_\_\_\_\_ Under 65 \_\_\_\_\_

**B. REAL ESTATE** (home, vacation property, timeshares and other real estate)

County / Description	Monthly Payment(s)	Financing	Current Value	Balance Owed	Equity
<input type="checkbox"/> Primary Residence <input type="checkbox"/> Other		Year Purchased      Purchase Price			
		Year Refinanced      Refinance Amount			
<input type="checkbox"/> Primary Residence <input type="checkbox"/> Other		Year Purchased      Purchase Price			
		Year Refinanced      Refinance Amount			
<input type="checkbox"/> Primary Residence <input type="checkbox"/> Other		Year Purchased      Purchase Price			
		Year Refinanced      Refinance Amount			

**C. OTHER ASSETS** (cars, boats, recreational vehicles, whole life policies, etc.)

Description	Monthly Payment	Year Purchased	Final Payment (mo / yr)	Current Value	Balance Owed	Equity
			/			
			/			
			/			
			/			
			/			
			/			
			/			

**TURN PAGE TO CONTINUE**

**D. CREDIT CARDS** (Visa, MasterCard, American Express, Department Stores, etc.)

Type	Credit Limit	Balance Owed	Minimum Monthly Payment

**E. WAGE INFORMATION** (If you have more than one employer, include the information on another sheet of paper.)

Your current Employer (name and address) _____  <input type="checkbox"/> Paid monthly (once each month) <input type="checkbox"/> Paid bi-weekly (every two weeks) <input type="checkbox"/> Paid semi-monthly (two times each month) <input type="checkbox"/> Paid weekly How long at current employer _____ Current Year to Date's Total Income _____ Total Income from Last Year's 1040 Tax Return _____	Spouse's current Employer (name and address) _____  <input type="checkbox"/> Paid monthly (once each month) <input type="checkbox"/> Paid bi-weekly (every two weeks) <input type="checkbox"/> Paid semi-monthly (two times each month) <input type="checkbox"/> Paid weekly How long at current employer _____ Current Year to Date's Total Income _____ Total Income from Last Year's 1040 Tax Return _____
---	---

**F. NON-WAGE HOUSEHOLD INCOME** (List monthly amounts. For Self-Employment and Rental Income, list the monthly amount received after expenses.)

Alimony Income: _____	Net Rental Income: _____	Interest Income: _____
Child Support Income: _____	Unemployment Income: _____	Social Security Income: _____
Net Self Employment Income: _____	Pension Income: _____	Other: _____

**G. MONTHLY NECESSARY LIVING EXPENSES** (List monthly amounts. For expenses paid other than monthly, see instructions.)

<b>1. Food / Personal Care</b> Food: _____ Housekeeping Supplies: _____ Clothing and Clothing Services: _____ Personal Care Products & Services: _____ Misc. (Cable, Internet, etc.): _____ Total: _____	<b>3. Housing &amp; Utilities</b> Rent: _____ Electric, Oil/Gas, Water/Trash: _____ Telephone and/or Cell Phone: _____ Real Estate Taxes and Insurance: _____ (if not included in B above) Total: _____	<b>5. Other</b> Child / Dependent Care: _____ Estimated Tax Payments: _____ Term Life Insurance: _____ Retirement (Employer Required): _____ Retirement (Voluntary): _____ Court Ordered Payments: _____ _____ _____
<b>2. Transportation</b> Gas/Insurance/Licenses/Parking/Maintenance etc.: _____ Public Transportation: _____	<b>4. Medical</b> Health Insurance: _____ Out of Pocket Health Care Expenses: _____	

See the instructions for detailed information on how to complete the Monthly Necessary Living Expenses. IRS standard amounts are found on the internet at <http://www.irs.gov/individuals/article/0,,id=96543,00.html>. If you are required to send supporting documentation please send copies and not the original documents.

**H. ADDITIONAL INFORMATION**

- We cannot consider an installment agreement unless all returns have been filed. Attach a signed copy of ALL unfiled return(s).**
- Proposed Monthly Installment Agreement Payment Amount: \_\_\_\_\_
- Please explain any expected changes to future income or expenses:

Under penalty of perjury, I declare to the best of my knowledge and belief this statement of assets, liabilities and other information is true, correct and complete.

Your Signature	Spouse's Signature	Date
----------------	--------------------	------

## Instructions

Complete all the blocks. Write N/A (Not Applicable) for those which don't apply to you. We need you to complete the form so we can establish the best method for you to pay the amount due.

If any section is too small for the information you need to supply, please use a separate sheet.

Failure to complete the form or provide copies (not originals) of required attachments (as stated below) may result in a delay in resolving your account. We may also require you to submit financial substantiation after our financial analysis is complete.

### Section A – Accounts / Lines of Credit

List all accounts, even if they currently have no balance. However, do not enter bank loans in this section.

### Section B – Real Estate

List all real estate you own or are purchasing. This listing should include your home and any other real estate you own. Include the county and description, the year(s) and amount(s) of purchase and/or refinancing, the current market value and the amount you owe. To determine equity, subtract the amount owed from its current market value.

### Section C – Other Assets

List all cars, boats, recreational vehicles, whole life policies, or other assets that you own. If a vehicle is leased, write "lease" in the "year purchased" column. To determine equity, subtract the amount owed from its current market value.

### Section D – Credit Cards

List all credit cards and lines of credit, even if there is no balance owed.

### Section E – Wage Information

Provide the name and address of employers for you and your spouse. Include both spouses' income, even if the tax liability is not the result of a jointly filed return. Check the appropriate box indicating how you are paid. Year to Date Income includes all income, without deductions, for you and your spouse. Include all wage income from all employers since January of the current year. Last years gross income should be recorded from last years filed return.

### Section F – Non-Wage Household Income

Enter monthly amounts for all sources of household income. For any income not received monthly, calculate the monthly amount as follows:

- If received quarterly - divide by three.
- If received weekly - multiply by 4.3.
- If received biweekly - multiply by 2.17.

**Net Self-Employment Income** is the amount you earn after you pay ordinary and necessary monthly business expenses. This figure should relate to the yearly net profit from Schedule C on your Form 1040 or your current year profit and loss statement, but should not include depreciation expenses. If your net income is less than the previous year, attach an explanation. If net income is a loss, enter "0".

**Net Rental Income** is the amount you earn after you pay ordinary and necessary monthly rental expenses. This figure should relate to the amount reported on Schedule E of your Form 1040. If net rental income is loss, enter "0".

### Section G – Monthly Necessary Living Expenses

Expenses that do not provide for the health and welfare of you or your family or for the production of income are generally not considered necessary. These may include tuition for private schools, public or private college expenses, charitable contributions, voluntary retirement contributions and payments to unsecured debts.

Enter monthly amounts for expenses. For any expenses not paid monthly, calculate the monthly amount as follows:

- If paid quarterly - divide by three.
- If paid weekly - multiply by 4.3.
- If paid biweekly - multiply by 2.17.

For expenses claimed in boxes 1 and 4 you may either use the total amounts shown on the IRS website at <http://www.irs.gov/individuals/article/0,,id=96543,00.html>, and substantiation may be required once the financial analysis is completed. If you are currently paying higher expenses you may enter that amount, but you are also required to submit supporting documentation with this form, which show payments being made.

For boxes 2 and 3 you must enter only the amount you actually spend on these expenses. If your total amount is higher than the amount shown on the IRS website shown above, you are **REQUIRED** to submit supporting documentation when submitting this form, such as copies of cancelled checks etc. which show payments being made.

All expenses claimed in box 5 **REQUIRE** supporting documentation when submitting this form. This includes copies of cancelled checks, pay stubs etc. that indicate payments are being made. For any court ordered payments you **MUST** submit a copy of the court order portion that shows the amount you are ordered to pay and the signatures.

If you do not have access to the IRS website, itemize your actual expenses and we will ask you for additional proof, if required.

**Rent** - Do not enter mortgage payment here.

**Medical** - Enter only ongoing medical expenses. Do not include a one time only medical expense.

Out-of-Pocket health care expenses include:

- Medical services
- Prescription drugs
- Medical supplies, including eyeglasses and contact lenses.

**Child / Dependent Care** - Enter the monthly amount you pay for the care of dependents that can be claimed on your Form 1040.

**Estimated Tax Payments** - Calculate the monthly amount you pay for estimated taxes by dividing the quarterly amount due on your Form 1040ES by 3.

**Life Insurance** - Enter the amount you pay for term life insurance only. Whole life insurance has cash value and should be listed in Section C.

## Declaración de Ingresos y Gastos

Nombre(s) y Dirección  <input type="checkbox"/> Favor de marcar aquí si la dirección proveída anteriormente es diferente de la última declaración.  Condado/Distrito de la Residencia	Su Número de Seguro Social o Número de Identificación de Contribuyente Personal	
	El Número de Seguro Social de su Cónyuge o el Número de Identificación de Contribuyente Personal	
	Sus Números de Teléfonos	Números de Teléfono del Cónyuge
	Hogar: (    ) Trabajo: (    ) Celular: (    )	Hogar: (    ) Trabajo: (    ) Celular: (    )

**A. CUENTAS / LÍNEAS DE CRÉDITO** (incluye Bancos, Préstamos y Ahorros, Cooperativas de Crédito, Certificados de Depósito, Cuentas Personales de Jubilación (IRAs), Planes Keogh, Pensiones Simples de Empleados, Planes 401(k), Planes de Participación en las Ganancias, Fondos Mutualistas y Cuentas de Corredores de Bolsas)

Nombre y Dirección de la Institución	Tipo de Cuenta	Balance Actual / Precio

Total de los dependientes reclamados en su última declaración de impuestos \_\_\_\_\_  
 Sobre 65 años de edad \_\_\_\_\_ Menor de 65 años de edad \_\_\_\_\_

**B. BIENES RAÍCES** (hogar, propiedad de vacaciones, propiedad de tiempo compartido y otros bienes raíces)

Condado (Distrito) / Descripción	Pago(s) Mensual(es)	Financiamiento		Valor Actual	Balance Adeudado	Equidad
		Año que Compró	Precio de Compra			
<input type="checkbox"/> Residencia Principal <input type="checkbox"/> Otra		Año que Compró	Precio de Compra			
		Año que Refinanció	Cantidad Refinanciada			
<input type="checkbox"/> Residencia Principal <input type="checkbox"/> Otra		Año que Compró	Precio de Compra			
		Año que Refinanció	Cantidad Refinanciada			
<input type="checkbox"/> Residencia Principal <input type="checkbox"/> Otra		Año que Compró	Precio de Compra			
		Año que Refinanció	Cantidad Refinanciada			

**C. OTROS BIENES/ACTIVOS** (carros, botes, vehiculos de recreación, pólizas de seguro de vida, etc.)

Descripción	Pago Mensual	Año que Compró	Pago final (mes / año)	Valor Actual	Balance Adeudado	Equidad
			/			
			/			
			/			
			/			
			/			
			/			
			/			

CONTINÚE EN LA OTRA PÁGINA

**D. TARJETAS DE CRÉDITO** (Visa, MasterCard, American Express, Almacenes Grandes (Tiendas por Departamento), etc.)

Tipo	Limite del Crédito	Balance Adeudado	Pago Minimo Mensual

**E. INFORMACIÓN DEL SALARIO** (Si usted tiene más de un patrón, incluya la información en otra hoja de papel.)

Su patrón actual (nombre y dirección) _____  <input type="checkbox"/> Pagado Mensual (una vez al mes) <input type="checkbox"/> Pagado Quincenal (cada dos semanas) <input type="checkbox"/> Pagado Semi-mensual (dos veces al mes) <input type="checkbox"/> Pagado Semanal Cuándo tiempo lleva con el patrón actual _____ Total del ingreso del año actual a la fecha de hoy _____ El ingreso total de la última Declaración de Impuestos, Forma 1040 _____	Conyuge del Patrono (nombre y dirección) _____  <input type="checkbox"/> Pagado Mensual (una vez al mes) <input type="checkbox"/> Pagado Quincenal (cada dos semanas) <input type="checkbox"/> Pagado Semi-mensual (dos veces al mes) <input type="checkbox"/> Pagado Semanal Cuándo tiempo lleva con el patrón actual _____ Total del ingreso del año actual a la fecha de hoy _____ El total del ingreso de la última Declaración de Impuestos, Forma 1040 _____
---	--

**F. INGRESOS NO SALARIALES DE LA UNIDAD FAMILIAR** (Escriba las cantidades mensuales. Para el Trabajo por cuenta propia y el Ingreso de Arrendamiento, escriba la cantidad mensual recibida después de los gastos.)

Ingreso del Sustento: _____	Ingreso Neto de Arrendamiento: _____	Ingreso del Interés: _____
Ingreso de Pensión Alimenticia Para un Menor: _____	Ingreso por Desempleo: _____	Ingreso del Seguro Social: _____
Ingreso Neto del Trabajo por Cuenta Propia: _____	Ingreso de una Pensión: _____	Otro: _____

**G. GASTOS MENSUALES NECESARIOS DEL DIARIO VIVIR** (Escriba las cantidades mensuales. Para otros gastos pagados que no son mensuales, vea las instrucciones.)

<b>1. Alimento / Cuidado Personal</b> Alimento: _____ Abastecimiento de Quehaceres Domésticos: _____ Ropa y Servicios de Ropa: _____ Servicios y Productos del Cuidado Personal: _____ Misc. (Cable, Internet, etc.): _____ Total: _____	<b>3. Utilidades y Alojamiento:</b> Renta: _____ Electricidad, Gas/Aceite, Agua/Basura: _____ Teléfono y/o Celular: _____ Impuestos sobre Bienes Inmuebles y Seguro: _____ <small>(si no están incluidos en la parte superior B)</small> Total: _____	<b>5. Otro</b> Hijo(a) / Cuidado de un Dependiente: _____ Pagos de Impuestos Estimados: _____ Vigencia/Plazo del Seguros de Vida: _____ Retiro (Requerido por el Patrón): _____ Retiro (Voluntario): _____ Pagos Ordenados por la Corte: _____ _____ _____ _____
<b>2. Transportación</b> Gasolina/Seguro/Licencias/Estacionamiento: _____ Mantenimiento, etc.: _____ Transportación Pública: _____	<b>4. Médico</b> Seguro Médico: _____ Gastos del Cuidado de Salud en Efectivo: _____	

Vea las instrucciones para información detallada de cómo completar los Gastos Mensuales Necesarios del Diario Vivir. Las cantidades estándar del IRS se encuentran en el Internet en <http://www.irs.gov/individuals/article/0,,id=96543,00.html>. Si a usted se le exige que envíe comprobantes, por favor envíe copias y no los documentos originales.

**H. INFORMACIÓN ADICIONAL**

- Nosotros no podemos considerar un plan de pago a plazos a menos que todas las declaraciones de impuestos han sido presentadas. Adjunte una copia firmada de TODAS las declaraciones de impuestos que no fueron presentadas.
- Cantidad de la Mensualidad Propuesta para el Pago del Plan de Pago a Plazos: \_\_\_\_\_
- Favor de explicar cualquier cambio que espera en gastos o ingresos futuros:

Bajo pena de perjurio, yo declaro al mejor de mi conocimiento y creencia que esta declaración de bienes, obligaciones y otra información es verdadera, correcta y completa.

Su Firma	Firma del Cónyuge	Fecha
----------	-------------------	-------

## Instrucciones

Complete todas las casillas. Escriba N/A (No Aplicable) para aquéllas que no le aplican a usted. Necesitamos que usted complete la forma para así nosotros establecerle el mejor método para pagar la cantidad que adeuda.

Si cualquier sección es demasiado pequeña para la información que usted necesita proveer, por favor use una hoja separada.

El no completar el formulario o proveer las copias (no los originales) de los documentos requeridos (como se mencionan abajo), puede resultar en un atraso en resolver su cuenta. Nosotros también podríamos exigirle que someta una comprobación financiera después de que nuestro análisis financiero ha sido completado.

### **Sección A - Cuentas / Líneas de Crédito**

Escriba todas las cuentas, aunque no tengan un balance actual. Sin embargo, no incluya los préstamos bancarios en esta sección.

### **Sección B - Bienes Raíces (Inmuebles)**

Escriba todos los bienes inmuebles que usted posee o está comprando. Esta lista debe incluir su casa y cualquier otro bien inmueble que usted posee. Incluya el condado/distrito y la descripción, el/los año(s) y la cantidad(es) de la compra y/o refinanciamiento, el valor actual en el mercado y la cantidad que usted adeuda. Para determinar la equidad, reste la cantidad adeudada de su valor actual en el mercado.

### **Sección C - Otros Bienes (Activos)**

Escriba todos los automóviles, botes, vehículos recreativos, pólizas de vida, u otros bienes que usted posee. Si un vehículo es alquilado, escriba arrendado en la columna de "año que compro". Para determinar la equidad, reste la cantidad adeudada del valor actual en el mercado.

### **Sección D - Tarjetas de Crédito**

Escriba todas las tarjetas de crédito y las líneas de crédito, aun cuando no hay balance adeudado.

### **Sección E - Información del Salario**

Provea el nombre y dirección de sus patrones y los de su cónyuge. Incluya el ingreso de ambos cónyuges, aun cuando la obligación del impuesto no es el resultado de una declaración de impuestos presentada conjuntamente. Marque la casilla apropiada que indica cómo se le paga a usted. El ingreso a la fecha de hoy incluye todo el ingreso, sin las deducciones, para usted y su cónyuge. Incluya todo el ingreso de todos los patrones desde enero del año actual. Los ingresos brutos del año pasado deben anotarse en la última declaración de impuestos.

### **Sección F - Ingresos No Salariales de la Unidad Familiar**

Escriba las cantidades mensuales de todas las fuentes de ingreso del hogar. Para cualquier ingreso que no recibió mensualmente, calcule la cantidad mensual como sigue:

- Si la recibió trimestral - divida por tres.
- Si la recibió semanal - multiplique por 4.3.
- Si la recibió quincenal - multiplique por 2.17.

**El Ingreso Neto del Trabajo por Cuenta Propia** es la cantidad que usted gana después de que usted paga los gastos mensuales ordinarios y necesarios del negocio. Esta cifra debe relacionarse al beneficio neto anual del Anexo C en su Forma 1040, o su ganancia o pérdida del año actual, pero no puede incluir los gastos de depreciación. Si su ingreso neto es menor que del año anterior, incluya una explicación. Si el ingreso neto es una pérdida, escriba "0."

**El Ingreso Neto de Arrendamiento** es la cantidad que usted gana después de que usted paga los gastos mensuales ordinarios y necesarios del arrendamiento. Esta cifra debe relacionarse a la cantidad informada en el Anexo E de su Forma 1040. Si el ingreso neto del arrendamiento es una pérdida, escriba "0."

### **Sección G - Gastos Mensuales Necesarios del Costo de Vida**

*Gastos que no mantienen la salud y el bienestar de usted o su familia o para la producción del ingreso, generalmente no es considerado necesario. Éstos pueden incluir la matrícula para las escuelas privadas, gastos de una universidad pública o privada, contribuciones caritativas, contribuciones voluntarias Jubilatorias, y pagos a las deudas no garantizadas.*

Escriba las cantidades mensuales para los gastos.

Para cualquier gasto no pagado mensualmente, calcule la cantidad mensual como sigue:

- Si pagó trimestral - divida por tres.
- Si pagó semanal - multiplique por 4.3.
- Si pagó quincenal - multiplique por 2.17.

Para los gastos reclamados en las casillas 1 y 4 usted puede usar cualquiera del total de las cantidades mostradas en el sitio Web del IRS en <http://www.irs.gov/individuals/article/0,,id=96543,00.html>, y un comprobante puede requerirse una vez que el análisis financiero se complete. Si usted está pagando actualmente gastos mayores usted puede escribir esa cantidad, pero también se le requiere que someta la documentación de comprobación con este formulario, demostrando que los pagos fueron hechos.

Para las casillas 2 y 3 usted tiene que escribir solamente la cantidad que usted realmente gastó en estos gastos. Si la cantidad total es mayor que la cantidad mostrada en el sitio Web del IRS mostrado en la parte superior, a usted se le **REQUIERE** que someta los documentos de comprobación cuando entregue este formulario, como las copias de los cheques cancelados etc., demostrando que los pagos fueron hechos.

Todos los gastos reclamados en la casilla 5 REQUIEREN documentos de comprobación al someter este formulario. Esto incluye copias de los cheques cancelados, los talonarios de pagos etc. indicando que los pagos fueron hechos. Para cualquier pago ordenado por la corte, usted TIENE que someter una copia de la porción de la orden de la corte demostrando la cantidad que usted tiene que pagar y las firmas.

Si usted no tiene acceso al sitio Web del IRS, detalle sus gastos actuales y nosotros le pediremos prueba adicional, si se requiere.

**Renta** - No escriba el pago de la hipoteca aquí.

**Médico** - Escriba solamente los gastos médicos continuos. No incluya un gasto médico incurrido una sola vez.

Los gastos del cuidado de la salud en efectivo incluyen:

- Los servicios médicos
- Las recetas médicas
- Las provisiones médicas, incluso los lentes y lentes de contacto.

**Hijo(a) / Cuidado del Dependiente** - Escriba la cantidad mensual que usted paga por el cuidado de los dependientes que pueden reclamarse en su Forma 1040.

**Pagos de Impuestos Estimados** - Calcule la cantidad mensual que usted paga por los impuestos estimados dividiendo la cantidad trimestral adeudada en su Forma 1040ES multiplicado por 3.

**Seguro de Vida** - Escriba la cantidad que usted paga por el seguro de vida a término solamente. El seguro de vida entero tiene un valor en dinero en efectivo y debe escribirse en la Sección C.