



CLIENTE / AÑO FISCAL

Contribuyente

Año fiscal

☐ Declaración conjunta

1. GASTOS MÉDICOS Y DENTALES

Ingrese únicamente montos no reembolsados

Gastos médicos y dentales

Primas de seguro médico pagadas después de impuestos

Primas calificadas de cuidado a largo plazo

Millas por razones médicas

2. IMPUESTOS PAGADOS

3. INTERESES PAGADOS

Impuestos estatales/locales no incluidos en W-2/1099

Interés hipotecario (Formulario 1098)

Impuesto estatal del año anterior pagado este año

Interés hipotecario pagado a una persona

Impuestos sobre bienes raíces

Interés HELOC usado para mejoras del hogar

Impuestos sobre propiedad personal

Puntos pagados en compra/refinanciamiento

Otros impuestos deducibles

Interés de inversión

4. CONTRIBUCIONES CARITATIVAS

Conserve recibos y reconocimientos escritos según corresponda

Aportaciones en efectivo / cheque / electrónicas

Organización / Lugar

Donaciones no monetarias

Millas de voluntariado caritativo

5. OTRA INFORMACIÓN SOBRE DEDUCCIONES DETALLADAS

☐ Pérdida por desastre/robo relacionada con un desastre declarado federalmente

Si corresponde, describa el evento, fecha, monto de la pérdida, reembolso del seguro y base:

Otras notas de deducciones detalladas