****

**FORMULÁRIO DE ADMISSÃO DE CLIENTE PARA DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA**

|  |
| --- |
| MODELO DE FORMULÁRIO DE ADMISSÃO DE CLIENTE PARA DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA  |
| DATA DO ATENDIMENTO |  | CONTADOR CERTIFICADO PRESENTE |  |
| DD/MM/AA | Nome |
| ESTADO CIVIL PARA FINS DE DECLARAÇÃO (selecione uma opção) |  |
|  x | SOLTEIRO(A) |  |  |  |
|   | CHEFE DE FAMÍLIA |  |  |  |
|   | CASADO(A) (DECLARAÇÃO SEPARADA) |  |  |  |
|   | CASADO(A) (DECLARAÇÃO CONJUNTA) |  |  |  |
|   | VIÚVO(a) QUALIFICADO(A) |  |  |  |
| INFORMAÇÕES DO CONTRIBUINTE |  |  |
| NOME |  | SOBRENOME |  |
| IDADE |  | DATA DE NASCIMENTO |  |
| TELEFONE RESIDENCIAL |   | TELEFONE COMERCIAL |   |
| CELULAR |   | ENDEREÇO DE E-MAIL |   |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL ATUAL |   | NÚMERO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL |   |
| PROFISSÃO |   | EMPREGADOR |   |
| STATUS PESSOAL (marque todas as opções que se aplicam) |  |  |
|   | ESTUDANTE EM TEMPO INTEGRAL |  |  |  |
|   | DEFICIÊNCIA TOTAL E PERMANENTE |  |  |  |
|   | LEGALMENTE CEGO(A) |  |  |  |
|   | DEPENDENTE DE OUTROS |  |  |  |
| INFORMAÇÕES DO CÔNJUGE |  |  |  |
| NOME |   | SOBRENOME |   |
| IDADE |  | DATA DE NASCIMENTO |  |
| TELEFONE RESIDENCIAL |   | TELEFONE COMERCIAL |   |
| CELULAR |   | ENDEREÇO DE E-MAIL |   |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL ATUAL |   | NÚMERO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL |   |
| PROFISSÃO |   | EMPREGADOR |   |
| STATUS PESSOAL DO CÔNJUGE (marque todas as opções que se aplicam) |  |
|   | ESTUDANTE EM TEMPO INTEGRAL |  |  |  |
|   | DEFICIÊNCIA TOTAL E PERMANENTE |  |  |  |
|   | LEGALMENTE CEGO(A) |  |  |  |
|   | DEPENDENTE DE OUTROS |  |  |  |
| DEPENDENTES |  |  |  |  |  |
| NOME | DATA DE NASCIMENTO | RELACIONAMENTO | NÚMERO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL |
| Nome | DD/MM/AA | Relacionamento | 000-00-0000 |
|   | DD/MM/AA |   |   |
|   | DD/MM/AA |   |   |
|   | DD/MM/AA |   |   |
|   | DD/MM/AA |   |   |
|   | DD/MM/AA |   |   |
|   | DD/MM/AA |   |   |
|   | DD/MM/AA |   |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SAÚDE |  |  |  |  |  |
| VOCÊ, SEU CÔNJUGE E SEUS DEPENDENTES TIVERAM SEGURO DE SAÚDE NO ANO ANTERIOR? (SE SIM, MARQUE QUEM FORNECEU COBERTURA) |
|   | EMPREGADOR | SEGURO DO CÔNJUGE | SEGURADORA | EXCHANGE/MARKETPLACE | MEDICARE/MEDICAID |
| CONTRIBUINTE | **x** |  |  |  |  |
| CÔNJUGE |  |  |  |  |  |
| DEPENDENTE 1 |  |  |  |  |  |
| DEPENDENTE 2 |  |  |  |  |  |
| DEPENDENTE 3 |  |  |  |  |  |
| DEPENDENTE 4 |  |  |  |  |  |
| DEPENDENTE 5 |  |  |  |  |  |
| DEPENDENTE 6 |  |  |  |  |  |
| DEPENDENTE 7 |  |  |  |  |  |
| DEPENDENTE 8 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| QUESTÕES ESPECÍFICAS SOBRE IMPOSTOS |  |  |
| QUAL É O SEU STATUS ATUAL DE EMPREGO? |
| **x** | Empregado |  |  |  |
|  | Desempregado |  |  |  |
|  | Autônomo |  |  |  |
| VOCÊ CONTRIBUI COM A PREVIDÊNCIA OU TEM UM PLANO DE PREVIDÊNCIA PRIVADA? |
|  | Sim |  |  |  |
|  | Não |  |  |  |
| É A PRIMEIRA VEZ QUE VOCÊ CRIA UM PLANO DE PREVIDÊNCIA PRIVADA? |
|  | Sim |  |  |  |
|  | Não |  |  |  |
| QUE TIPO DE DECLARAÇÃO DE IMPOSTO VOCÊ ESTÁ SOLICITANDO? |
|  | Local |  |  |  |
|  | Estadual |  |  |  |
|  | Federal |  |  |  |
|  | Escolar |  |  |  |
|  | RITA |  |  |  |
| SEUS DEPENDENTES INCORRERAM EM DESPESAS DE MATRÍCULA? |
|  | Sim |  |  |  |
|  | Não |  |  |  |
| VOCÊ INCORREU EM ALGUMA DESPESA COM CUIDADOS INFANTIS? |
|  | Sim |  |  |  |
|  | Não |  |  |  |
| LISTE TODAS AS MELHORIAS DO PROGRAMA ENERGY STAR QUE VOCÊ FEZ EM SUA CASA: |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| VOCÊ MORA EM UMA RESIDÊNCIA ALUGADA NO MOMENTO? | QUAL É O VALOR DO ALUGUEL MENSAL? | QUANTO TEMPO DURA SEU CONTRATO DE ALUGUEL? |
|  | Sim |   |   |
|  | Não |  |  |  |
| VOCÊ É O PROPRIETÁRIO DE SUA RESIDÊNCIA? |  |  |  |  |
|  | Sim |  |  |  |
|  | Não |  |  |  |
| VOCÊ PAGOU IMPOSTOS SOBRE O IMÓVEL NESTE ANO? |  |  |  |
|  | Sim |  |  |  |
|  | Não |  |  |  |
| VOCÊ VENDEU ALGUMA AÇÃO ESTE ANO? |  |  |  |
|  | Sim |  |  |  |
|  | Não |  |  |  |
| VOCÊ FEZ ALGUM SAQUE DA SUA PREVIDÊNCIA ESTE ANO? |  |  |  |
|  | Sim |  |  |  |
|  | Não |  |  |  |
| VOCÊ PAGOU IMPOSTOS SOBRE VEÍCULOS ESTE ANO? |  |  |  |
|  | Sim |  |  |  |
|  | Não |  |  |  |
| VOCÊ PAGOU JUROS DE HIPOTECAS ESTE ANO? |  |  |  |
|  | Sim |  |  |  |
|  | Não |  |  |  |
| VOCÊ PAGOU IMPOSTOS IMOBILIÁRIOS ESTE ANO? |  |  |  |
|  | Sim |  |  |  |
|  | Não |  |  |  |
| VOCÊ PAGOU IMPOSTOS SOBRE HERANÇA ESTE ANO? |  |  |  |
|  | Sim |  |  |  |
|  | Não |  |  |  |
| VOCÊ FOI VÍTIMA DE ROUBO DE IDENTIDADE NO ÚLTIMO ANO? |  |  |  |
|  | Sim |  |  |  |
|  | Não |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DESPESAS |  |  |  |  |  |
| APENAS NO ANO ATUAL |  |  |  |
| DESPESAS | VALOR |  |  |  |
| Médico |  US$ -  |  |  |  |
| Dentista |  US$ -  |  |  |  |
| Prêmios de seguro pagos |  US$ -  |  |  |  |
| Prêmios de cuidados de longo prazo |  US$ -  |  |  |  |
| Medicamentos e remédios com receita médica |  US$ -  |  |  |  |
| Hipoteca domiciliar |  US$ -  |  |  |  |
| Juros de investimento |  US$ -  |  |  |  |
| Contribuições em dinheiro |  US$ -  |  |  |  |
| Contribuições por cartão ou outros meios |  US$ -  |  |  |  |
| Despesas comerciais não reembolsadas |  US$ -  |  |  |  |
| Dívidas sindicais |  US$ -  |  |  |  |
| Taxas de preparação de impostos |  US$ -  |  |  |  |
| Despesas de investimento |  US$ -  |  |  |  |
| **TOTAL** | **US$ 0,00** |  |  |  |
| NOTAS AND COMENTÁRIOS |  |  |  |  |
|   |
| CONFIRMAÇÃO DO CLIENTE |  |  |  |  |
| ASSINATURA DO CONTRIBUINTE |   | **DATA** | DD/MM/AA |
| ASSINATURA DO CÔNJUGE |   | **DATA** | DD/MM/AA |

|  |
| --- |
| **AVISO DE ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE**Qualquer artigo, modelo ou informação fornecidos pela Smartsheet no site são apenas para referência. Embora nos esforcemos para manter as informações atualizadas e corretas, não fornecemos garantia de qualquer natureza, seja explícita ou implícita, a respeito da integridade, precisão, confiabilidade, adequação ou disponibilidade do site ou das informações, artigos, modelos ou gráficos contidos no site. Portanto, toda confiança que você depositar nessas informações será estritamente por sua própria conta e risco. |