

Clinique des Contribuables à Faible Revenu de l'Université de Baltimore

Instructions de Prise en Charge des Contribuables à Faible Revenu

VEUILLEZ LIRE. LE NON-RESPECT DES INSTRUCTIONS RETARDERA LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE.

Avant de considérer votre demande en tant que client, l'Université doit valider votre identité et vérifier le revenu de votre foyer. Avec votre formulaire de prise en charge client, vous devez soumettre les éléments suivants:

1. Une copie de votre permis de conduire ou d'une pièce d'identité délivrée par le gouvernement avec votre photo;
2. Une selfie (photo récente); et
3. Si l'adresse sur votre pièce d'identité est différente de votre adresse actuelle, une copie d'une lettre adressée à vous à votre nouvelle adresse provenant d'une banque, d'une entité gouvernementale ou d'une compagnie de services publics.

Avant de considérer l'acceptation de votre dossier, le revenu de votre foyer doit être vérifié pour assurer votre éligibilité. Un avocat étudiant demandera des copies des documents suivants, le cas échéant, pour TOUS les membres du foyer:

1. Les 2 dernières fiches de paie
2. Les formulaires W-2 et 1099 de l'année précédente.
3. La déclaration de revenus fédérale la plus récente pour tous les membres du foyer. (Vous pouvez demander à l'IRS une copie de la déclaration ou un relevé. (Vous pouvez masquer les numéros de sécurité sociale des membres du foyer s'ils déclarent séparément de vous.)
4. Documentation montrant le montant des prestations de sécurité sociale reçues mensuellement. (Exemples : relevé bancaire montrant le dépôt si directement versé, ou une déclaration des prestations de sécurité sociale.)
5. Documentation montrant le montant des prestations de pension reçues mensuellement.
6. Si vous recevez des prestations gouvernementales telles que TANF, SNAP, etc., documentation montrant la valeur de la prestation reçue.
7. Si vous avez des comptes de retraite nécessitant des distributions minimales, preuve du montant de la distribution annuelle.

Pour accélérer le traitement de votre dossier, vous êtes encouragé à envoyer les documents ci-dessus avec votre formulaire de prise en charge client complété.

Pour soumettre votre formulaire de prise en charge complété et les documents associés, vous pouvez:

1. Répondez à cet e-mail
2. Les faxer à: ATTN : Low Income Taxpayer Clinic au 410-837-4776
3. Les envoyer par e-mail à joram@ubalt.edu
4. Les poster à: University of Baltimore Low Income Taxpayer Clinic, 1420 N. Charles St, Baltimore, MD 21201

Clinique des Contribuables à Faible Revenu de l'Université de Baltimore
Formulaire de Prise en Charge Client

CLIENT POTENTIEL:

Nom Complet: _____

Organisation (le cas échéant): _____

Adresse: _____

Ville : _____ État : _____ Code Postal: _____

Numéro de Téléphone: (domicile) _____ (travail) _____ portable) _____

Bons moments pour appeler: _____ OK pour laisser un message? _____

E-mail: _____

Numéro de Sécurité Sociale: _____ Date de Naissance: _____

Race : _____ Sexe : _____

Comment souhaitez-vous que nous vous contactions lorsque nous avons le choix ? (téléphone, e-mail, courrier): _____

Quelle langue parlez-vous à la maison?: _____

Comment avez-vous entendu parler de la Clinique ?: _____

Avez-vous actuellement un dossier de faillite ouvert? OUI NON

Êtes-vous travailleur autonome ou l'avez-vous été pour les années fiscales en question?

OUI

NON

Veuillez donner une brève explication de la raison pour laquelle vous avez contacté la Clinique ou de votre problème fiscal:

INSTRUCTIONS IMPORTANTES:

VOUS DEVEZ SOUMETTRE AVEC VOTRE DEMANDE UNE DOCUMENTATION PERMETTANT DE VÉRIFIER VOTRE IDENTITÉ. CELA INCLUT UNE COPIE DE VOTRE PERMIS DE CONDUIRE OU D'UNE PIÈCE D'IDENTITÉ DÉLIVRÉE PAR LE GOUVERNEMENT AVEC VOTRE PHOTO, ET UNE SELFIE (PHOTO RÉCENTE DE VOUS-MÊME).

SI L'ADRESSE SUR VOTRE PIÈCE D'IDENTITÉ EST DIFFÉRENTE DE VOTRE ADRESSE ACTUELLE, VEUILLEZ SOUMETTRE UNE DOCUMENTATION POUVANT Prouver QUE VOUS AVEZ DÉMÉNAGÉ. CELA PEUT ÊTRE PAR EXEMPLE UNE LETTRE AVEC VOTRE NOM ADRESSÉE À VOUS PROVENANT D'UNE BANQUE, D'UNE ENTITÉ GOUVERNEMENTALE OU D'UNE FACTURE DE SERVICES PUBLICS.

1. Montant en Litige et Déclarations en Retard

Veuillez indiquer le montant d'argent que le Service des Impôts Internes revendique que vous devez, ou que vous croyez devoir, pour chaque année en litige.

Année Fiscale	Montant Dû ou en Litige

L'Assistant Administratif ou autre personne en charge du premier contact doit remplir ce tableau avec les informations du client. La personne réalisant l'entretien de prise en charge doit revoir et confirmer ces informations avec le client potentiel. Pour plus d'informations, veuillez vous référer au 26 U.S.C. § 7526.

J'ai examiné les informations sur le montant en litige ci-dessus, et à ma connaissance, elles sont vraies et correctes.

Date: _____ Contribuable: _____
Date: _____ Intervieweur: _____

2. Revenu Annuel

La Clinique Fiscale de l'Université de Baltimore reçoit une subvention fédérale pour fonctionner. La plupart de nos clients doivent respecter les directives de revenu ci-dessous, sinon nous mettons en péril notre financement. Pour être éligible à une représentation par la Clinique, le montant total du revenu de votre foyer que vous et votre famille vous attendez à recevoir cette année (01/01/22 au 31/12/22) ne doit pas dépasser les montants figurant dans le tableau suivant:

Directives de Revenu LITC 2023

Nombre de MEMBRES DE LA FAMILLE	LE REVENU NE PEUT DÉPASSER	REVENU RÉEL DU CLIENT POTENTIEL
1	\$36,450	
2	\$49,300	
3	\$62,150	
4	\$75,000	
5	\$87,850	
6	\$100,700	
7	\$113,550	
8	\$126,400	
Pour chaque personne supplémentaire, ajouter	\$12,850	

L'Assistant Administratif ou autre personne en charge du premier contact doit remplir ce tableau en utilisant les tableaux des Pages 4-6. La personne réalisant l'entretien de prise en charge doit revoir et confirmer ces informations avec le client potentiel. Pour plus d'informations, veuillez vous référer au 26 U.S.C. § 7526.

J'ai examiné les informations sur le revenu ci-dessus, et à ma connaissance, elles sont vraies et correctes.

Date: _____ Contribuable: _____

Date: _____ Intervieweur: _____

Pour nous aider à déterminer si vous êtes éligible à une représentation par la Clinique Fiscale, veuillez répondre aux questions suivantes. Pour certaines questions, nous pourrions vous demander d'estimer les montants que vous pourriez gagner ou recevoir jusqu'à la fin de 2022. Veuillez faire de votre mieux pour le faire.

2-A. Membres du Foyer:

Veillez identifier toutes les personnes avec lesquelles vous vivez et qui sont liées à vous par naissance, mariage ou adoption. Joignez des copies supplémentaires de cette page si nécessaire.

<u>Nom</u>	<u>Relation</u>	<u>Date de Naissance</u>	<u>Numéro de Sécurité Sociale SSN</u>

Autres Membres de la Famille:

Veillez identifier tout conjoint, ex-conjoint ou enfant **QUI NE VIT PAS AVEC VOUS. Joignez des copies supplémentaires de cette page si nécessaire.**

<u>Nom</u>	<u>Relation</u>	<u>Date de Naissance</u>	<u>Numéro de Sécurité Sociale SSN</u>

2-B. Revenu

Pour vous-même et pour toutes les personnes listées ci-dessus en tant que membres de la famille, veuillez inclure (a) les montants des types de revenu suivants (total des recettes en espèces avant impôts) que vous avez reçus jusqu'à la date d'aujourd'hui, et (b) les montants totaux des types de revenu suivants que vous vous attendez à recevoir durant l'année 2022:

Type de Revenu	Soi	Conjoint	Autre*
Salaires/revenus, brut avant déductions	\$	\$	\$
Revenus nets de travail indépendant (recettes brutes moins les dépenses professionnelles)	\$	\$	\$
Pension alimentaire	\$	\$	\$
Pension alimentaire pour enfants	\$	\$	\$
Aide publique fédérale et autres (voir sous-tableau ci-dessous)	\$	\$	\$
Sécurité Sociale ou SSI	\$	\$	\$
Revenu de retraite/Pension	\$	\$	\$
Allocations chômage	\$	\$	\$
Indemnités de travailleurs	\$	\$	\$
Loyers	\$	\$	\$
Revenus de royalties	\$	\$	\$
Bourses d'études	\$	\$	\$
Dividendes	\$	\$	\$
Intérêts	\$	\$	\$
Gains nets de jeux d'argent	\$	\$	\$
Prestations de survivant/Paiements de rente	\$	\$	\$
TOTAL REVENUS	\$	\$	\$

Aide Publique : (hors chèques ou subventions pour garde d'enfants)	\$	\$	\$
Bons alimentaires	\$	\$	\$
Medicaid	\$	\$	\$
Autre	\$	\$	\$

Joignez des copies supplémentaires des tableaux si nécessaire pour d'autres membres du foyer.

2-C. Actifs – Si marié, indiquez également les actifs conjoints.

<u>Comptes Bancaires, Comptes de Courtage, Comptes de Retraite, Fiducies, etc.</u>			
Banque/Courtier	Lieu	Type de Compte	Solde Moyen*

<u>Immobilier</u>			
Type	Adresse	Valuer*	Passif/Montant du Prêt Hypothécaire
Maison:			
Autre:			

	Année	Marque/Modèle	Valuer*
Véhicule 1			
Véhicule 2			
Véhicule 3			

**Pour la valeur, des estimations sont acceptables.*

La personne réalisant l'entretien de prise en charge doit examiner et vérifier l'exactitude de ces informations avec le client potentiel. Pour plus d'informations, veuillez vous référer au 26 U.S.C. § 7526.

J'ai examiné les informations sur le revenu et les actifs ci-dessus, et à ma connaissance, elles sont vraies et correctes.

Date: _____ Contribuable: _____

Date: _____ Intervieweur: _____

Vous devez fournir une preuve documentaire du revenu de votre foyer, y compris les fiches de paie les plus récentes, les déclarations de prestations de sécurité sociale, les formulaires W-2 et/ou 1099 de l'année dernière, et votre déclaration de revenus fédérale la plus récente pour tous les membres de votre foyer. La clinique ne considérera pas votre demande avant que toute la documentation requise sur le revenu ne soit fournie. Vous devriez envisager d'envoyer ces informations de manière sécurisée par e-mail ou par fax.

Si la Clinique vous accepte comme client et découvre au cours de la représentation un sous-estimation substantielle des actifs ou des revenus, la Clinique peut mettre fin immédiatement à sa représentation.

J'ai examiné les informations figurant sur l'ensemble de ce formulaire, et à ma connaissance, elles sont vraies et correctes.

Date: _____ Contribuable: _____

Date: _____ Intervieweur: _____

Ma demande inclut une copie de:

1. Une pièce d'identité délivrée par le gouvernement avec ma photo
 2. Une selfie (photo récente de moi-même) ; et
 3. Si mon adresse actuelle ne correspond pas à celle de ma pièce d'identité, une lettre adressée à moi à mon adresse actuelle provenant d'une entité gouvernementale, d'une banque ou d'une compagnie de services publics.
-