

FORMA DE CERTIFICACIÓN DE DEPENDENCIA

Para Familiar Calificado

NOMBRE DE EMPLEADOR

(FAVOR DE ESCRIBIR CON LETRAS DE MOLDE)

INFORMACIÓN DE EMPLEADO

Apellido	Nombre	Inicial	Número de Seguro Social
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	
# Teléfono de Hogar		# Teléfono de Trabajo	

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTE

Nombre de Dependiente	Relación	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
Nombre de Dependiente	Relación	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
Nombre de Dependiente	Relación	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social

Individuos agregando un familiar calificado como dependiente deben resolver y reconocer los criterios siguientes:

1. La persona gana menos de \$3,650 (esta cantidad cambiara de año en año).
2. El empleado proporciona por lo menos la mitad de la ayuda de la persona durante el año de impuestos y
3. La persona no es dependiente calificada de otro contribuyente.

RECONOCIMIENTO DE FAMILIAR CALIFICADO

Nombre _____

Firma _____

Fecha _____

NOTE: This Form must be notarized prior to submitting to AXIS (NOTA: Esta forma debe ser notariada antes de entregarla a AXIS)

Notary Public Signature
(Firma del Notario Público) _____

Date
(Fecha) _____