



# RILEY TAX GROUP, LLC TRUTH STATEMENT

To ensure quality service, Riley Tax Group LLC, requires ALL applicants to complete this form.

TAXPAYER NAME \_\_\_\_\_

FIRST MIDDLE LAST  
(AS IT APPEARS ON YOUR SOCIAL SECURITY CARD)

SSN/ITIN \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_

CELL PHONE# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Home Phone# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work Phone# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

CURRENT ADDRESS \_\_\_\_\_

CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

FILING STATUS: HEAD OF HOUSEHOLD MARRIED FILING JOINTLY SINGLE MARRIED FILING SEPARATE

SPOUSE NAME \_\_\_\_\_

FIRST MIDDLE LAST  
(AS IT APPEARS ON YOUR SOCIAL SECURITY CARD)

SSN/ITIN \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_

CELL PHONE# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Home Phone# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work Phone# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

CURRENT ADDRESS \_\_\_\_\_

CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

DEPENDENT NAME (FIRST, MIDDLE INITIAL, LAST)	DATE OF BIRTH	SOCIAL SECURITY NUMBER	RELATIONSHIP

If any dependent did not live with you during at any time during the tax year, write the name here \_\_\_\_\_

Did you incur any dependent/child care expenses in the tax year in which you are filing? If so, please provide:

Care provider's name: \_\_\_\_\_ Provider's SSN/EIN: \_\_\_\_\_

Provider's address: \_\_\_\_\_ Amount paid to provider: \_\_\_\_\_



# RILEY TAX GROUP, LLC TRUTH STATEMENT

I acknowledge that all information provided to Riley Tax Group LLC, is true and accurate to the best of my knowledge. I understand that I am required to have any supporting documentation to validate the information provided made readily available in the event my return is selected for examination. Furthermore, I understand that knowingly providing false information on my tax return and reporting it to the IRS, is partaking in a potentially criminal act which may be subject to prosecution, restitution, and possibly imprisonment. I waive Riley Tax Group LLC, and the preparer of any error reported due to incorrect information provided by me.

TAXPAYER SIGNATURE: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

SPOUSE SIGNATURE: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_



# RILEY TAX GROUP, LLC TRUTH STATEMENT

Para garantizar un servicio de calidad, Riley Tax Group LLC, requiere que todos los solicitantes completar este formulario.

NOMBRE DE CONTRIBUYENTE: \_\_\_\_\_  
PRIMER SEGUNDO APELLIDO  
(COMO APARECE EN SU TARJETA DE SEGURIDAD SOCIAL)

Numero de Seguro Social o identification personal: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_

Numero de Celuar# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Numero de Telefono Casa# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_

Categoría: Jefe de la Casa Matrimonio Soltero Viuda

Cónyuge: \_\_\_\_\_  
PRIMER SEGUNDO APELLIDO  
(COMO APARECE EN SU TARJETA DE SEGURIDAD SOCIAL)

Numero de Seguro Social o identification personal \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_

Numero de Celuar# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Numero de Telefono Casa# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_

Nombre de Dependiente (Primer, Inicial del segundo, apellido)	Fecha de Nacimiento	Numero de seguro social	Relacion al Contribuyente

Si cualquier dependiente no vivió con usted durante en cualquier momento durante el año fiscal, escriba el nombre aquí

¿Se incurrió en el año fiscal en que está presentando cualquier gastos de cuidado de dependientes, niño? Si es así, proporcione por favor:

Nombre de Guarderia/Persona: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social/EIN de Guarderia/Persona: \_\_\_\_\_  
Dirreccion de Guarderia Persona: \_\_\_\_\_ Cantidad Pagado a Guarderia/Persona: \_\_\_\_\_



# RILEY TAX GROUP, LLC TRUTH STATEMENT

Yo reconozco que toda la información proporcionada a Riley Tax Group LLC, es verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que soy requiere tener ninguna documentación para validar la información proporcionada a su disposición fácilmente en caso de que mi regreso es seleccionado para el examen. Además, entiendo que a sabiendas información falsa en mi declaración de impuestos y reportarlo al IRS, está participando en un acto potencialmente criminal que puede ser objeto de enjuiciamiento, restitución y posiblemente el encarcelamiento. Renuncio a Riley Tax Group LLC y el preparador de cualquier error registrado debido a información incorrecta proporcionada por mí.

Firme de Contribuyente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firme de Conyuge: \_\_\_\_\_

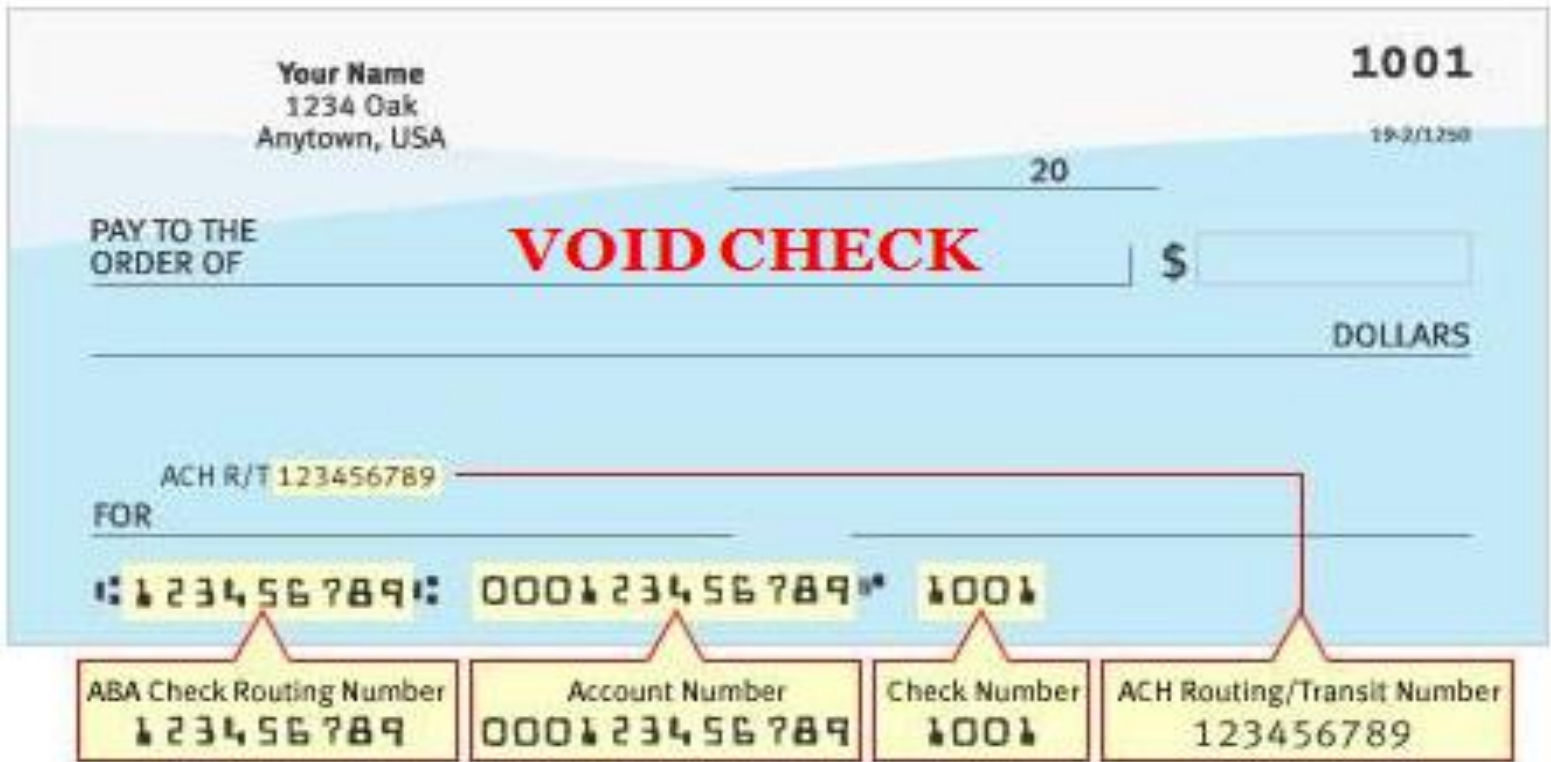
Fecha: \_\_\_\_\_



# RILEY TAX GROUP, LLC TRUTH STATEMENT

NAME/Nombre:	
BANK/el Banco:	
ACCOUNT NUMBER/Numero de Cuenta:	
ROUTING NUMBER/Numero de Ruta:	
ACCOUNT TYPE/La Cuenta:	CHECKING/el Cheque: ___ SAVINGS/el Ahorro: ___

Please print clearly and double check all info prior to submitting. An error in your bank information may result in delayed processing. *Por favor imprima claramente y revisar toda la información antes de enviar. Procesamiento diferido puede provocar un error en su información bancaria.*



To determine the bank routing number and bank account number, look at a check or a deposit slip for the account you wish to use. You can also obtain this information from the financial institution where the account is held. *Para determinar el número de ruta bancaria y número de cuenta bancaria, mire un cheque o un recibo de depósito para la cuenta que desea utilizar. También puede obtener esta información de la institución financiera donde se realiza la cuenta.*

**The first nine digits will be the bank routing number. *Los nueve primeros dígitos será el número de ruta bancaria.***  
**The second set will be the bank account number. *El segundo conjunto será el número de cuenta bancaria.***