

Declaración de Impuestos sobre el Ingreso para Residente de California

2020

540 2EZ SP

Marque aquí si esta es una declaración ENMENDADA.

Su primer nombre	Inicial	Apellido	Sufijo	Su número de Seguro Social o ITIN	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> RP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Si es declaración conjunta, primer nombre del cónyuge/RDP	Inicial	Apellido	Sufijo	Número de Seguro Social o ITIN del cónyuge/RDP	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Información adicional (vea las instrucciones)					
<input type="text"/>					
Domicilio (número y calle) o apartado postal			No. de apto./no. de suite	Buzón de correo privado/PMB	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ciudad (Si tiene un domicilio en el extranjero, vea las instrucciones)			Estado	Código Postal (ZIP)	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombre del país extranjero		Provincia/estado/condado extranjero		Código postal extranjero	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Fecha de Nacimiento	Contribuyente (mm/dd/aaaa)	Cónyuge/RDP (mm/dd/aaaa)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre Previo	Su nombre previo (vea las instrucciones)	Nombre previo del cónyuge/RDP (vea las instrucciones)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Residencia principal

Anote su condado en el momento de la presentación (vea las instrucciones)

Si su domicilio anterior es el mismo que su domicilio de residencia principal/física en el momento de la presentación, marque este recuadro . . .

Si no, anote a continuación su domicilio de residencia principal/física en el momento de la presentación.

Domicilio (número y calle) (Si es un domicilio extranjero, vea las instrucciones).	No. de apto./no. de suite
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ciudad	Estado
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Código Postal (ZIP)
	<input type="text"/>

Estado Civil

Si su estado civil de California es diferente a su estado civil federal, marque este recuadro.

Marque el recuadro de su estado civil. Marque solo uno. Vea las instrucciones.

1 <input type="checkbox"/> Soltero	5 <input type="checkbox"/> Viudo(a) calificado(a). Anote el año en que falleció el cónyuge/RDP <input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> Casado/RDP que presenta una declaración conjunta (incluso si solo un cónyuge/RDP tuvo ingreso)	Vea las instrucciones. <input type="text"/>
4 <input type="checkbox"/> Cabeza de familia. ¡ALTO! Vea las instrucciones.	

6 Si otra persona puede reclamarlo (o a su cónyuge/RDP) como dependiente en su declaración de impuestos, incluso si él o ella elige no hacerlo, debe ver las instrucciones. 6

Su nombre: Su número de Seguro Social o ITIN:

7 Personas de la Tercera Edad: Si usted (o su cónyuge/RDP) tiene 65 años de edad o más, anote 1; si ambos tienen 65 años de edad o más, anote 2 ● 7

8 Dependientes: (No se incluya a sí mismo o a su cónyuge/RDP) Anote el número de dependientes aquí. ● 8

Exenciones

	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3
Primer Nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de Seguro Social (vea las instrucciones)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Parentesco que tiene con el dependiente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ingreso Tributable y Créditos

Solo cifras enteras

9 Total de los salarios (Formulario W-2 federal, recuadro 16).
Vea las instrucciones. ● 9 .00

10 Ingreso total de intereses (Formulario 1099-INT federal, recuadro 1).
Vea las instrucciones. ● 10 .00

11 Ingreso total de dividendos (Formulario 1099-DIV federal, recuadro 1a).
Vea las instrucciones. ● 11 .00

12 Ingreso total de pensión Vea las instrucciones. Cantidad tributable. . ● 12 .00

13 Total de distribuciones de ganancias provenientes de capital de fondos mutuos (Formulario 1099-DIV federal, recuadro 2a). Vea las instrucciones . . . ● 13 .00

16 Sume la línea 9, línea 10, línea 11, línea 12 y la línea 13. ● 16 .00

17 Usando la Tabla 2EZ para su estado civil, anote el impuesto para la cantidad de la línea 16.
Precaución: Si usted marcó el recuadro en la línea 6, **ALTO**. Vea las instrucciones para completar la Hoja de Cálculo de Impuesto de Dependiente. ● 17 .00

18 Exención de personas de la tercera edad: Vea instrucciones. Si tiene 65 años o más y anotó 1 en el recuadro en la línea 7, anote \$124. Si anotó 2 en el recuadro en la línea 7, anote \$248. . ● 18 .00

19 Crédito de inquilino no reembolsable. Vea las instrucciones. ● 19 .00

20 **Créditos.** Sume la línea 18 y la línea 19. ● 20 .00

21 **Impuesto.** Reste la línea 20 de la línea 17. Si es cero o menos, anote -0-. ● 21 .00

22 Total de impuesto retenido (Formulario W-2 federal, recuadro 17 o Formulario 1099-R federal, recuadro 14). ● 22 .00

23 Crédito Tributario por Ingreso del Trabajo (EITC). Vea las instrucciones para el FTB 3514 SP. ● 23 .00

24 Crédito Tributario por Hijos Menores (YCTC). Vea las instrucciones. ● 24 .00

25 **Total de pagos.** Sume la línea 22, línea 23 y la línea 24. ● 25 .00

Impuesto sobre el Uso

26 **Impuesto sobre el Uso.** No dejar en blanco. .00
Vea las instrucciones. ● 26

Si la línea 26 es cero, No se debe impuestos Usted pagó su obligación del impuesto sobre el
marque sí: sobre el uso. directamente al CDTFA.

Multa ISR

27 Multa de la Responsabilidad Compartida para Individuos (ISR). Vea las instrucciones. . . ● 27 .00

● Cobertura de cuidado de salud de todo el año.

Su nombre: Su número de Seguro Social o ITIN:

Impuesto Pagado en Exceso/Impuesto Aduddado	28 Saldo de pagos. Si la línea 25 es más que la línea 26, reste la línea 26 de la línea 25 <input type="radio"/> 28	<input type="text"/>	.00
	29 Saldo del Impuesto sobre el Uso. Si la línea 26 es más que la línea 25, reste la línea 25 de la línea 26. <input type="radio"/> 29	<input type="text"/>	.00
	30 Pagos después de la Multa de la Responsabilidad Compartida para Individuos. Si la línea 28 es más que la línea 27, reste la línea 27 de la línea 28. <input type="radio"/> 30	<input type="text"/>	.00
	31 Saldo de Multa de la Responsabilidad Compartida para Individuos. Si la línea 27 es más que la línea 28, reste la línea 28 de la línea 27. <input type="radio"/> 31	<input type="text"/>	.00
	32 Impuesto pagado en exceso. Si la línea 30 es más que la línea 21, reste la línea 21 de la línea 30. <input type="radio"/> 32	<input type="text"/>	.00
	33 Impuesto adeudado. Si la línea 30 es menos que la línea 21, reste la línea 30 de la línea 21. Vea las instrucciones. <input type="radio"/> 33	<input type="text"/>	.00

Contribuciones		Código	Cantidad
	Fondo Especial para Personas de la Tercera Edad de California. Vea las instrucciones	<input type="radio"/> 400	<input type="text"/> .00
	Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para la Enfermedad de Alzheimer y la Demencia Relacionada	<input type="radio"/> 401	<input type="text"/> .00
	Programa de Contribución Voluntaria Tributaria para la Conservación de Especies Raras y en Peligro de Extinción	<input type="radio"/> 403	<input type="text"/> .00
	Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para la Investigación del Cáncer del Seno de California	<input type="radio"/> 405	<input type="text"/> .00
	Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para la Conmemoración de los Bomberos de California.	<input type="radio"/> 406	<input type="text"/> .00
	Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para Alimentos de Emergencia para las Familias	<input type="radio"/> 407	<input type="text"/> .00
	Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para la Fundación Conmemorativa de Oficiales del Orden Público de California	<input type="radio"/> 408	<input type="text"/> .00
	Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para la Nutria Marina de California	<input type="radio"/> 410	<input type="text"/> .00
	Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para Investigaciones del Cáncer de California	<input type="radio"/> 413	<input type="text"/> .00
	Fondo para Útiles Escolares para Niños Indigentes.	<input type="radio"/> 422	<input type="text"/> .00
	Fondo para la Protección de Parques Estatales/Compra de Pase de Parques	<input type="radio"/> 423	<input type="text"/> .00
	Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para Proteger Nuestras Costas y Océanos.	<input type="radio"/> 424	<input type="text"/> .00
	Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para Mantener las Artes en Escuelas.	<input type="radio"/> 425	<input type="text"/> .00
	Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para la Prevención de la Crueldad y Falta de Hogar de Animales	<input type="radio"/> 431	<input type="text"/> .00
	Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para la Defensa de Personas de la Tercera Edad de California	<input type="radio"/> 438	<input type="text"/> .00
	Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para la Rehabilitación de la Vida Silvestre Nativa de California	<input type="radio"/> 439	<input type="text"/> .00
	Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para Kits de Casos de Violación Atrasados	<input type="radio"/> 440	<input type="text"/> .00
	Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para Escuelas, No Prisiones	<input type="radio"/> 443	<input type="text"/> .00
	Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para la Prevención del Suicidio	<input type="radio"/> 444	<input type="text"/> .00
34	Sume las cantidades del código 400 hasta el código 444. Estas son sus contribuciones totales	<input type="radio"/> 34	<input type="text"/> .00

Su nombre: Su número de Seguro Social o ITIN:

Cantidad Adevudada

35 CANTIDAD ADEUDADA. Sume la línea 29, línea 31, línea 33 y la línea 34. Vea las instrucciones. **No Envíe Dinero En Efectivo.**

Envíe a: **FRANCHISE TAX BOARD**
PO BOX 942867
SACRAMENTO CA 94267-0001 ● **35** .00

Pague en línea – Visite ftb.ca.gov/pay para más información.

Depósito Directo (Reembolso Solamente)

36 REEMBOLSO O NINGUNA CANTIDAD ADEUDADA. Reste la línea 34 de la línea 32. Vea las instrucciones.

Envíe a: **FRANCHISE TAX BOARD**
PO BOX 942840
SACRAMENTO CA 94240-0001 ● **36** .00

Llene la información para autorizar el depósito directo de su reembolso en una o dos cuentas. No adjunte un cheque anulado o una boleta de depósito. **¿Ha verificado los números de ruta y de cuenta?** Solo use cifras enteras.

Toda o la siguiente cantidad de mi reembolso (línea 36) está autorizada para depósito directo en la cuenta a continuación:

● Número de ruta ● Tipo de cuenta Cheques Ahorros ● Número de cuenta Cantidad del ● **37** depósito directo .00

La cantidad restante de mi reembolso (línea 36) está autorizada para depósito directo en la cuenta a continuación:

● Número de ruta ● Tipo de cuenta Cheques Ahorros ● Número de cuenta Cantidad del ● **38** depósito directo .00

Para información sobre sus derechos de privacidad, cómo podemos utilizar su información y las consecuencias por no proporcionar la información solicitada, visite ftb.ca.gov/forms y busque **1131**. Para solicitar este aviso por correo, llame al 800.852.5711. Bajo pena de perjurio, declaro que, a mi mejor saber y entender, la información en esta declaración de impuestos es verídica, correcta y completa.

Su firma Fecha Firma del cónyuge/RDP (si es declaración conjunta, ambos deben firmar)

Firme Aquí

Es contra la ley falsificar la firma de su cónyuge/RDP.

¿Declaración de impuestos conjunta? Vea las instrucciones.

Su correo electrónico. Solo anote un correo electrónico. Número de teléfono que prefiera

Firma del preparador remunerado (la declaración del preparador se basa en toda la información de la cual el preparador tenga conocimiento)

Nombre de la empresa (o el suyo, si trabaja por cuenta propia) ● PTIN

Domicilio de la empresa ● FEIN de la empresa

¿Desea permitir que otra persona discuta esta declaración de impuestos con nosotros? Vea las instrucciones..... ● Sí No

Escriba en Letra de Molde el Nombre del Tercero Designado Número de Teléfono