

Declaración de Impuestos sobre el Ingreso para Residente de California

540 2EZ SP

☐ Marque aquí si esta es una declaración ENMENDADA.

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

Fecha de Nacimiento	Contribuyente (mm/dd/aaaa)	Cónyuge/RDP (mm/dd/aaaa)
Nombre Previo	Su nombre previo (vea las instrucciones)	Nombre previo del cónyuge/RDP (vea las instrucciones)

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	
	☒	☒	
	Ciudad	Estado	Código postal (ZIP)
	☒	☒	☒

Estado Civil	Si su estado civil de California es diferente a su estado civil federal, marque el recuadro aquí. ☐		
	Marque el recuadro para su estado civil. Marque solo uno. Vea las instrucciones.		
	1 ☐ Soltero	5 ☐ Cónyuge/RDP sobreviviente calificado. Anote el año en que falleció el cónyuge/RDP	
	2 ☐ Casado/RDP que presenta una declaración conjunta (incluso si solo un cónyuge/RDP tuvo ingreso)	Vea las instrucciones.	
	4 ☐ Cabeza de familia. ¡ALTO! Vea las instrucciones.		
	6 Si alguien puede reclamarlo (o a su cónyuge/RDP) como un dependiente, marque el recuadro aquí. Vea 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. Vea las instrucciones ● **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			
Apellido			
Número de Seguro Social (vea las instrucciones)			
Parentesco que tiene con el dependiente			

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 las instrucciones. Si tiene 65 años o más y anotó 1 en el recuadro en la línea 7, anote \$153. Si anotó 2 en el recuadro en la línea 7, anote \$306. ● **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 a Crédito Tributario por Ingreso del Trabajo (EITC). Vea las instrucciones ● **23a** .00

b Crédito Tributario por Hijos Menores (YCTC). Vea las instrucciones. ● **23b** .00

c Crédito Tributario por Jóvenes de Crianza Temporal (FYTC). Vea las instrucciones. ● **23c** .00

25 **Total de pagos.** Sume la línea 22, línea 23a, línea 23b y línea 23c ● **25** .00

Impuesto sobre el Uso

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

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

Su nombre:

Su número de

Seguro Social o ITIN:

Multa ISR

- 27** Si usted y su unidad familiar tenían cobertura de cuidado de salud de todo el año, marque el recuadro.
Vea las instr. La cobertura de la Parte A o C de Medicare es una cobertura de cuidado de salud calificada ● ☐
- Si no marcó el recuadro, vea las instrucciones.
- Multa de la Responsabilidad Compartida para Individuos (ISR). Vea las instrucciones... ● **27** .00

Impuesto Pagado en
Exceso/Impuesto Adeudado

- 28** Saldo de pagos. Si la línea 25 es más que la línea 26, reste la línea 26 de la línea 25... ● **28** .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... ● **29** .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... ● **30** .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... ● **31** .00
- 32** Impuesto pagado en exceso. Si la línea 30 es más que la línea 21, reste
la línea 21 de la línea 30... ● **32** .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... ● **33** .00

Contribuciones

	Código	Cantidad
Fondo Especial para Personas de la Tercera Edad de California. Vea las instrucciones	● 400	.00
Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para la Enfermedad de Alzheimer y la Demencia Relacionada	● 401	.00
Programa de Contribución Voluntaria Tributaria para la Conservación de Especies Raras y en Peligro de Extinción	● 403	.00
Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para la Investigación del Cáncer del Seno de California	● 405	.00
Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para la Conmemoración de los Bomberos de California	● 406	.00
Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para Alimentos de Emergencia para las Familias	● 407	.00
Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para la Fundación Conmemorativa de Oficiales del Orden Público de California	● 408	.00
Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para Investigaciones del Cáncer de California	● 413	.00
Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para Útiles Escolares para Niños Indigentes	● 422	.00
Fondo para la Protección de Parques Estatales/Compra de Pase de Parques	● 423	.00
Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para Proteger Nuestras Costas y Océanos	● 424	.00
Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para la Prevención de la Crueldad y Falta de Hogar de Animales	● 431	.00
Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para la Defensa de Personas de la Tercera Edad de California	● 438	.00
Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para la Rehabilitación de la Vida Silvestre Nativa de California	● 439	.00

Su nombre: Su número de Seguro Social o ITIN:

Contribuciones	Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para la Prevención de Crisis de Salud Mental... ●445		.00
	Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria de la Red de Investigación de ELA de California... ●447		.00
	Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para la Investigación del Cáncer Infantil de California... ●448		.00
	Fondo de Contribución Voluntaria Tributaria para la Investigación de la Enfermedad de Parkinson... ●449		.00
	34 Sume las cantidades del código 400 hasta el código 449. Esta es su contribución total... ● 34		.00

Cantidad que Usted Debe	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 mostrada a continuación:

● Número de ruta	● Tipo de cuenta	● Número de cuenta	Cantidad del
	☐ Cheques		● 37 depósito directo
	☐ Ahorros		

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

● Número de ruta	● Tipo de cuenta	● Número de cuenta	Cantidad del
	☐ Cheques		● 38 depósito directo
	☐ Ahorros		

Info. de Votantes	Para información sobre la inscripción de votantes, marque el recuadro y visite sos.ca.gov/elections . Vea las instrucciones ☐
--------------------------	--

Info. de Cobertura de Cuidado de Salud	¿Desea información sobre cobertura de cuidado de salud sin costo o de bajo costo? Al marcar el recuadro “Sí”, autoriza al Franchise Tax Board a compartir información limitada de su declaración de impuestos con Covered California. Vea las instrucciones ☒ ☐ Sí ☐ No
---	---

(continúa en la siguiente página)

Su nombre:

Su número de
Seguro Social o ITIN:

Elección de Donante
de Órganos

Al marcar el recuadro correspondiente usted autoriza el consentimiento por escrito a Done Vida California para inscribirlo en el Registro de Donantes de Órganos y Tejidos de Done Vida California, y para que el Franchise Tax Board comparta información limitada de su declaración de impuestos con Done Vida California.

Si su información individual ha cambiado desde la última vez que presentó una declaración de impuestos y ya está registrado con Done Vida California, al volver a marcar el recuadro enviará su información individual más actualizada a Done Vida California. Si usted no marca el recuadro, Done Vida California no lo inscribirá en el registro en este momento.

Para eliminar su nombre del registro, comuníquese con Done Vida California directamente. Para más información, vea el Lenguaje de Consentimiento en las instrucciones.

☒ ☐ Contribuyente primario

☒ ☐ Cónyuge/RDP
(si es declaración conjunta)

Nuestro aviso de privacidad se puede encontrar en los folletos de impuestos anuales o en línea. Visite ftb.ca.gov/privacy para saber sobre nuestra declaración de política de privacidad o visite ftb.ca.gov/forms y busque **1131** para localizar el FTB 1131 EN-SP, Aviso de Privacidad del Franchise Tax Board sobre la Recaudación. Para solicitar este aviso por correo, llame al 800.338.0505 y cuando se le indique oprima el código de formulario **948**.

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

☒ Escriba en letra de molde el nombre del preparador remunerado

☒ Número de teléfono del preparador remunerado

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

¿Quiere usted 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