

Para el año correspondiente del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023, o cualquier otro año tributario comenzando el _____ de 2023 y terminando el _____ de 20 _____		Vea las instrucciones.	
Su primer nombre e inicial de su segundo nombre		Apellido	
Su número de Seguro Social			
Si es una declaración conjunta, primer nombre e inicial del segundo nombre de su cónyuge		Apellido	
Número de Seguro Social de su cónyuge			
Dirección postal (número y calle). Si tiene apartado postal, vea las instrucciones.		Núm. de apt.	
Ciudad, pueblo u oficina de correos. Si es una dirección extranjera, también complete los espacios a continuación.		Estado	
Código postal (ZIP)			
Nombre del país extranjero		Provincia/estado/condado extranjero	
Código postal extranjero			
Campana Electoral Presidencial		Marque aquí si usted, o su cónyuge si es una declaración conjunta, desea aportar \$3 a este fondo. El marcar un recuadro a continuación no afectará su impuesto ni su reembolso.	
Estado Civil		Cabeza de familia (HOH)	
Marque sólo un recuadro.		Cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos (QSS)	
Si marcó el recuadro MFS, anote el nombre de su cónyuge. Si marcó el recuadro HOH o QSS, anote el nombre del hijo si la persona calificada es un hijo pero no su dependiente:			
Activos Digitales		En algún momento durante 2023, ¿(a) recibió (como recompensa, premio o pago por bienes o servicios) o (b) vendió, intercambió o de otra manera enajenó un activo digital (o un interés financiero en un activo digital)? (Vea las instrucciones)	
Deducción Estándar		Alguien puede reclamar a: Usted como dependiente Su cónyuge como dependiente	
Edad/Ceguera		Usted: Nació antes del 2 de enero de 1959 Es ciego Cónyuge: Nació antes del 2 de enero de 1959 Es ciego	
Dependientes		(vea las instrucciones):	
Si son más de cuatro dependientes, vea las instrucciones y marque aquí . . .		(1) Primer nombre Apellido	
		(2) Número de Seguro Social	
		(3) Parentesco con usted	
		(4) Marque el recuadro si califica para el (vea las instrucciones):	
		Crédito tributario por hijos	
		Crédito por otros dependientes	
Ingreso		1a Cantidad total de la casilla 1 de su(s) Formulario(s) W-2 (vea las instrucciones)	
Adjunte el (los) Formulario(s) W-2 aquí. Adjunte también los Formularios W-2G y 1099-R si se le retuvo impuesto.		b Salarios de empleado doméstico no declarados en el (los) Formulario(s) W-2	
Si no recibió un Formulario W-2, vea las instrucciones.		c Ingreso de propinas no declarado en la línea 1a (vea las instrucciones)	
		d Pagos de exención de Medicaid no declarados en el (los) Formulario(s) W-2 (vea las instrucciones)	
		e Beneficios para el cuidado de dependientes tributables de la línea 26 del Formulario 2441	
		f Beneficios para la adopción provistos por el empleador de la línea 29 del Formulario 8839	
		g Salarios de la línea 6 del Formulario 8919	
		h Otros ingresos del trabajo (vea las instrucciones)	
		i Elección de paga no tributable por combate (vea las instrucciones)	
		z Sume las líneas 1a a 1h	
Adjunte el Anexo B si es requerido.		2a Interés exento de impuesto	
		3a Dividendos calificados	
		4a Distribuciones de un IRA	
		5a Pensiones y anualidades	
		6a Beneficios del Seguro Social	
		b Interés tributable	
		b Dividendos ordinarios	
		b Cantidad tributable	
		b Cantidad tributable	
		b Cantidad tributable	
		c Si elige usar el método de elección de suma global, marque aquí (vea las instrucciones)	
		7 Ganancia o (pérdida) de capital. Adjunte el Anexo D si es requerido. Si no es requerido, marque aquí	
		8 Ingreso adicional de la línea 10 del Anexo 1	
		9 Sume las líneas 1z, 2b, 3b, 4b, 5b, 6b, 7 y 8. Éste es su ingreso total	
		10 Ajustes al ingreso de la línea 26 del Anexo 1	
		11 Reste la línea 10 de la línea 9. Éste es su ingreso bruto ajustado	
		12 Deducción estándar o deducciones detalladas (del Anexo A)	
		13 Deducción por ingreso calificado de negocio del Formulario 8995 o del Formulario 8995-A	
		14 Sume las líneas 12 y 13	
		15 Reste la línea 14 de la línea 11. Si es cero o menos, anote "-0-". Éste es su ingreso tributable	

**Impuesto y Créditos**

16	Impuesto (vea las inst.). Marque si es del Formulario(s): 1 <input type="checkbox"/> 8814 2 <input type="checkbox"/> 4972 3 <input type="checkbox"/>	16
17	Cantidad de la línea 3 del Anexo 2	17
18	Sume las líneas 16 y 17	18
19	Crédito tributario por hijos o crédito por otros dependientes del Anexo 8812	19
20	Cantidad de la línea 8 del Anexo 3	20
21	Sume las líneas 19 y 20	21
22	Reste la línea 21 de la línea 18. Si es cero o menos, anote "-0-"	22
23	Otros impuestos, incluyendo el impuesto sobre el trabajo por cuenta propia (línea 21 del Anexo 2)	23
24	Sume las líneas 22 y 23. Éste es su <b>impuesto total</b>	24

**Pagos**

25	Impuesto federal sobre el ingreso retenido de su(s):		
a	Formulario(s) W-2	25a	
b	Formulario(s) 1099	25b	
c	Otros formularios (vea las instrucciones)	25c	
d	Sume las líneas 25a a 25c	25d	
26	Pagos de impuesto estimado para 2023 y cantidad aplicada de su declaración de 2022	26	
27	Crédito por ingreso del trabajo (EIC)	27	
28	Crédito tributario adicional por hijos del Anexo 8812	28	
29	Crédito de oportunidad para los estadounidenses de la línea 8 del Formulario 8863	29	
30	Reservada para uso futuro	30	
31	Cantidad de la línea 15 del Anexo 3	31	
32	Sume las líneas 27, 28, 29 y 31. Éste es el <b>total de sus otros pagos y créditos reembolsables</b>	32	
33	Sume las líneas 25d, 26 y 32. Éste es el <b>total de sus pagos</b>	33	

**Reembolso**

¿Depósito directo?  
Vea las instrucciones.

34	Si la línea 33 es mayor que la línea 24, reste la línea 24 de la línea 33. Ésta es la cantidad <b>pagada en exceso</b>	34
35a	Cantidad de la línea 34 que quiere que le <b>reembolsen a usted</b> . Si adjunta el Formulario 8888, marque aquí <input type="checkbox"/>	35a
b	Núm. de circulación	
c	Tipo: <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros	
d	Número de cuenta	
36	Cantidad de la línea 34 que usted quiere que se le <b>aplique a su impuesto estimado de 2024</b>	36

**Cantidad que Usted Adeuda**

37	Reste la línea 33 de la línea 24. Ésta es la <b>cantidad que usted adeuda</b> . Para detalles acerca de cómo pagar, acceda a <a href="http://www.irs.gov/Pagos">www.irs.gov/Pagos</a> o vea las instrucciones	37
38	Multa por pago insuficiente del impuesto estimado (vea las instrucciones)	38

**Tercero Autorizado**

¿Desea permitir que otra persona hable sobre esta declaración con el IRS? Vea las instrucciones ☐ **Sí**. Complete lo siguiente. ☐ **No**

Nombre de esta persona	Número de teléfono	Número de identificación personal (PIN)
------------------------	--------------------	---

**Firme Aquí**

¿Declaración conjunta?  
Vea las instrucciones. Conserve una copia para sus archivos.

Bajo pena de perjurio, declaro que he examinado esta declaración, incluyendo todo anexo o comprobante que la acompañe, y que, a mi leal saber y entender, es verídica, correcta y completa. La declaración del preparador (que no sea el contribuyente) está basada en toda información de la cual el preparador tenga conocimiento.

Su firma	Fecha	Su ocupación	Si el IRS le envió un PIN para la Protección de Identidad (IP PIN), anótelo aquí (vea las inst.)
Firma del cónyuge. Si es una declaración conjunta, <b>ambos</b> tienen que firmar.	Fecha	Ocupación del cónyuge	Si el IRS le envió a su cónyuge un PIN para la Protección de Identidad (IP PIN), anótelo aquí (vea las inst.)
Número de teléfono	Correo electrónico		

**Para Uso Exclusivo del Preparador Remunerado**

Nombre del preparador	Firma del preparador	Fecha	PTIN	Marque aquí si trabaja <input type="checkbox"/> por cuenta propia
Nombre de la empresa	Núm. de tel.			
Dirección de la empresa	EIN de la empresa			

## Formulario 1040 Dependientes Adicionales

[illegible]

## Formulario 1040 Dependientes Adicionales

[illegible]

## Crédito por Ingreso del Trabajo (EIC)

## Información Sobre el Hijo Calificado

Complete y adjunte al Formulario 1040 o 1040-SR solamente si tiene un hijo calificado.  
Visite [www.irs.gov/ScheduleEICSP](http://www.irs.gov/ScheduleEICSP) para la información más reciente.

2023

Attachment  
Sequence No. 43

Nombre(s) que aparece(n) en la declaración

Su número de Seguro Social

Si está separado de su cónyuge, presentando una declaración por separado y cumple con los requisitos para reclamar el EIC (vea las instrucciones), marque aquí ☐**Antes de comenzar:**

- Vea las instrucciones para la línea 27 del Formulario 1040 para asegurarse de que (a) usted puede reclamar el EIC y (b) usted tiene un hijo calificado. Vea también la Publicación 596.
- Asegúrese de que el nombre del hijo en la línea 1 y su número de Seguro Social (SSN) en la línea 2 coincidan con la tarjeta de Seguro Social del hijo. De lo contrario, en el momento en que tramitemos su declaración, podemos reducir su EIC. Si el nombre o SSN del hijo en la tarjeta no es el correcto, llame a la Administración del Seguro Social al 800-772-1213.
- Si tiene un hijo que cumple los requisitos para ser su hijo calificado para propósitos de reclamar el EIC, pero dicho hijo no tiene un SSN como se define en las instrucciones para la línea 27 del Formulario 1040, vea las instrucciones.



- No puede reclamar el EIC por un hijo que no vivió con usted por más de la mitad del año.
- Si su hijo no tiene un SSN como se define en las instrucciones para la línea 27 del Formulario 1040, vea las instrucciones.
- Si reclama el EIC aunque no reúna los requisitos, es posible que no se le permita tomar el crédito por hasta 10 años. Vea las instrucciones para más detalles.
- Nos tomará más tiempo para tramitar su declaración y enviar su reembolso si no completa todas las líneas que le aplican a cada hijo calificado.

**Información Sobre el Hijo Calificado****Hijo 1****Hijo 2****Hijo 3****1 Nombre del hijo**

Si tiene más de tres hijos calificados, sólo tiene que listar a tres para obtener el crédito máximo.

Primer nombre

Apellido

Primer nombre

Apellido

Primer nombre

Apellido

**2 Seguro Social del hijo**

El hijo tiene que tener un SSN como se define en las instrucciones para la línea 27 del Formulario 1040, a menos que el hijo haya nacido y fallecido en 2023 o que usted esté reclamando el EIC sólo por usted mismo (vea las inst.). Si su hijo nació y falleció en 2023 y no tenía un SSN, anote "Died" (Falleció) en esta línea y adjunte una copia del acta de nacimiento, el acta de defunción o expedientes médicos del hospital del hijo que indiquen que nació vivo.

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Si nació después de 2004 y el hijo es menor que usted (o su cónyuge, si presenta una declaración conjunta), omita las líneas 4a y 4b; pase a la línea 5.

Si nació después de 2004 y el hijo es menor que usted (o su cónyuge, si presenta una declaración conjunta), omita las líneas 4a y 4b; pase a la línea 5.

Si nació después de 2004 y el hijo es menor que usted (o su cónyuge, si presenta una declaración conjunta), omita las líneas 4a y 4b; pase a la línea 5.

**4a** ¿Tenía su hijo menos de 24 años de edad al final del año 2023, era estudiante y era menor que usted (o su cónyuge, si presenta una declaración conjunta)?

☐

Sí.

☐

No.

Pase a la  
línea 5.

Pase a la  
línea 4b.

☐

Sí.

☐

No.

Pase a la  
línea 5.

Pase a la  
línea 4b.

☐

Sí.

☐

No.

Pase a la  
línea 5.

Pase a la  
línea 4b.

**b** ¿Tenía su hijo una incapacidad permanente y total en cualquier momento durante el año 2023?

☐

Sí.

☐

No.

Pase a la  
línea 5.

El hijo no es un  
hijo calificado.

☐

Sí.

☐

No.

Pase a la  
línea 5.

El hijo no es un  
hijo calificado.

☐

Sí.

☐

No.

Pase a la  
línea 5.

El hijo no es un  
hijo calificado.

**5 Parentesco del hijo con usted**

(por ejemplo, hijo o hija, nieto o nieta, sobrina o sobrino, hijo de crianza elegible, etc.)

**6 Número de meses que el hijo vivió con usted en los Estados Unidos durante 2023**

- Si el hijo vivió con usted por más de la mitad de 2023 pero menos de 7 meses, anote "7".
- Si el hijo nació o falleció en 2023 y su hogar fue el hogar del hijo por más de la mitad del tiempo en que estuvo vivo durante 2023, anote "12".

\_\_\_\_\_ meses


No anote más de 12 meses.

\_\_\_\_\_ meses

No anote más de 12 meses.

\_\_\_\_\_ meses

No anote más de 12 meses.

		<b>a</b> Employee's social security number		Safe, accurate, <b>FAST! Use</b>		 Visit the IRS website at <a href="http://www.irs.gov/efile">www.irs.gov/efile</a>	
<b>b</b> Employer identification number (EIN)				<b>1</b> Wages, tips, other compensation		<b>2</b> Federal income tax withheld	
<b>c</b> Employer's name, address, and ZIP code				<b>3</b> Social security wages		<b>4</b> Social security tax withheld	
				<b>5</b> Medicare wages and tips		<b>6</b> Medicare tax withheld	
				<b>7</b> Social security tips		<b>8</b> Allocated tips	
<b>d</b> Control number				<b>9</b>		<b>10</b> Dependent care benefits	
<b>e</b> Employee's first name and initial      Last name      Suff.				<b>11</b> Nonqualified plans		<b>12a</b> See instructions for box 12	
				<b>13</b> Statutory employee      Retirement plan      Third-party sick pay <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>12b</b>	
				<b>14</b> Other		<b>12c</b>	
						<b>12d</b>	
<b>f</b> Employee's address and ZIP code							
<b>15</b> State      Employer's state ID number		<b>16</b> State wages, tips, etc.		<b>17</b> State income tax		<b>18</b> Local wages, tips, etc.	
						<b>19</b> Local income tax	
						<b>20</b> Locality name	

Form **W-2** Wage and Tax Statement

**2023**

Department of the Treasury—Internal Revenue Service

**Copy B—To Be Filed With Employee's FEDERAL Tax Return.**  
 This information is being furnished to the Internal Revenue Service.