

ATS Test Scenario 1
Taxpayer: Juan Mendez
SSN: 400-00-1059

Test Scenario 1 includes the following forms:

- Form 1040-SS (sp)
- Form 499R - 2/W-2PR

Additional Information:

Taxpayer's Date of Birth is October 4, 1952.
Dependent's Date of Birth is June 7, 2008.

Declaración de Impuestos Federal sobre el Trabajo por Cuenta Propia (Incluyendo el Crédito Tributario Adicional por Hijos para Residentes Bona Fide de Puerto Rico)

OMB No. 1545-0074

2023

Department of the Treasury
Internal Revenue ServiceIslas Vírgenes Estadounidenses, Guam, Samoa Estadounidense, la Mancomunidad de las Islas Marianas del Norte o Puerto Rico
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

Escriba a máquina o con letra de molde	Nombre e inicial de su segundo nombre Juan	Apellido Mendez	Su número de Seguro Social 400-00-1059
	Si es una declaración conjunta, nombre e inicial del cónyuge	Apellido	Número de Seguro Social del cónyuge
	Dirección postal (número, calle y número de apartamento, o ruta rural) 4703 Bucks Run		
	Ciudad, pueblo u oficina postal, estado libre asociado o territorio y código postal (ZIP) Helotes, Texas, 78023		
	Nombre del país extranjero	Provincia/estado/condado extranjero	Código postal extranjero

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) ☒ **Sí** ☐ **No**

Parte I Impuesto y Créditos Totales

1 Estado civil. Marque el recuadro para su estado civil. Vea las instrucciones.

☒ Soltero ☐ Casado que presenta una declaración conjunta ☐ Casado que presenta una declaración por separado ☐ Cabeza de familia ☐ Cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos

Si marcó el recuadro de casado que presenta una declaración por separado, anote arriba el número de Seguro Social de su cónyuge y el nombre completo aquí:

2 Hijos calificados. Complete **sólo** si usted es residente *bona fide* de Puerto Rico y reclama el crédito tributario adicional por hijos. Vea las instrucciones. Si son más de cuatro hijos calificados, vea las instrucciones y marque aquí ☐

(a) Primer nombre	Apellido	(b) Número de Seguro Social del hijo	(c) Parentesco del hijo con usted
Juan	Mendez, Jr.	400-00-1034	Son

3 Impuesto sobre el trabajo por cuenta propia de la línea 12 del Anexo SE (Formulario 1040). Adjunte los anexos que correspondan (vea las instrucciones)	3																				
4 Impuestos por empleados domésticos (vea las instrucciones). Adjunte el Anexo H (Formulario 1040)	4																				
5 Impuesto Adicional del <i>Medicare</i> . Adjunte el Formulario 8959	5																				
6 Impuestos totales. Sume las líneas 3 a 5 (vea las instrucciones)	6																				
7 Pagos del impuesto estimado del año 2023 (vea las instrucciones)	7																				
8 Impuesto del Seguro Social retenido en exceso (vea las instrucciones)	8																				
9 Crédito tributario adicional por hijos de la línea 19 de la Parte II	9																				
10 Reservada para uso futuro	10																				
11a Crédito por salarios de licencia por enfermedad y licencia familiar calificados pagados en 2023 del Anexo H (Formulario 1040) por la licencia tomada antes del 1 de abril de 2021	11a																				
b Crédito por salarios de licencia por enfermedad y licencia familiar calificados pagados en 2023 del Anexo H (Formulario 1040) por la licencia tomada después del 31 de marzo de 2021 y antes del 1 de octubre de 2021	11b																				
12 Pagos y créditos totales (vea las instrucciones)	12																				
13 Si la línea 12 es mayor que la línea 6, reste la línea 6 de la línea 12. Ésta es la cantidad pagada en exceso	13																				
14a Cantidad de la línea 13 que quiere que le reembolsen a usted . Si adjunta el Formulario 8888, marque aquí ☐	14a																				
b Núm. de circulación <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					c Tipo: ☐ Corriente ☐ Ahorros
d Núm. de cuenta <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
15 Cantidad de la línea 13 que quiere que se le aplique al impuesto estimado de 2024	15																				
16 Cantidad que usted adeuda. Si la línea 6 es mayor que la línea 12, reste la línea 12 de la línea 6. Vea las instrucciones	16																				

Tercero Autorizado	¿Desea permitir que otra persona hable sobre esta declaración con el IRS? Vea las instrucciones. ☐ Sí . Complete lo siguiente. ☐ No							
	Nombre del tercero autorizado	Número de teléfono	Número de identificación personal (PIN) <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					
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	Número de teléfono durante el día					
	Firma del cónyuge. Si presentan conjuntamente, ambos cónyuges tienen que firmar.	Fecha	Si el IRS le envió un "Identity Protection PIN", anótelos aquí. Vea las inst. <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					
			Si el IRS le envió a su cónyuge un "Identity Protection PIN", anótelos aquí. Vea las inst. <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					
Para Uso Exclusivo del Preparador Remunerado	Escriba el nombre del preparador	Firma del preparador	Fecha					
	Nombre y dirección de la empresa	Marque aquí si trabaja por cuenta propia ☐ PTIN						
	Núm. de identificación del empleador		Núm. de teléfono					

Part II Residentes Bona Fide de Puerto Rico que Reclaman el Crédito Tributario Adicional por Hijos (ACTC)

—Vea las instrucciones.

1	¿Tiene uno o más hijos calificados menores de 17 años de edad con el número de Seguro Social requerido? ☐ No. No siga. No puede reclamar el crédito. ☐ Sí. Pase a la línea 2.		
2	Número de hijos calificados menores de 17 años de edad con el número de Seguro Social requerido: x \$1,600. Anote el resultado		2
3	Anote la cantidad de su ingreso bruto ajustado modificado	3	
4	Anote la cantidad indicada a continuación que corresponda a su estado civil para efectos de la declaración. • Casado que presenta una declaración conjunta —\$400,000 • Todos los otros estados civiles —\$200,000	4	
5	¿Es la cantidad que aparece en la línea 3 mayor que la cantidad que aparece en la línea 4? ☐ No. Deje la línea 5 en blanco. Anote la cantidad de la línea 2 en la línea 11 y pase a la línea 12. ☐ Sí. Reste la línea 4 de la línea 3. Si el resultado no es un múltiplo de \$1,000, aumentelo al próximo múltiplo de \$1,000 (por ejemplo, aumente \$425 a \$1,000, \$1,025 a \$2,000, etcétera)	5	
6	Multiplique la cantidad que aparece en la línea 5 por 5% (0.05) y anote el resultado		6
7	Multiplique el número de hijos calificados de la línea 2 por \$2,000. Anote el resultado	7	
8	Número de otros dependientes, incluyendo los hijos que no sean menores de 17 años de edad: x \$500. Anote el resultado (vea las instrucciones)	8	
9	Suma las líneas 7 y 8	9	
10	¿Es la cantidad que aparece en la línea 9 mayor que la cantidad que aparece en la línea 6? ☐ No. No siga. No puede reclamar el crédito. ☐ Sí. Reste la línea 6 de la línea 9. Anote el resultado		10
11	Anote aquí la cantidad menor entre la cantidad de la línea 2 o la línea 10		11
12a	Anote la mitad del impuesto sobre el trabajo por cuenta propia que aparece en la línea 3 de la Parte I	12a	
b	Anote la mitad del Impuesto Adicional del <i>Medicare</i> que usted pagó sobre el ingreso del trabajo por cuenta propia (línea 13 del Formulario 8959)	12b	
c	Suma las líneas 12a y 12b	12c	0
13a	Anote la cantidad, si alguna, de la retención del impuesto del Seguro Social, del <i>Medicare</i> y del Impuesto Adicional del <i>Medicare</i> del (de los) Formulario(s) W-2 (o Formulario(s) 499R-2/W-2PR si es residente de Puerto Rico). Adjunte copia(s) de dicho(s) formulario(s). Si es casado que presenta una declaración conjunta, incluya las cantidades de los impuestos correspondientes a su cónyuge con los suyos	13a	
b	Anote la cantidad, si alguna, de los impuestos del Seguro Social y del <i>Medicare</i> sobre las propinas recibidas del empleado y no declaradas al empleador del Formulario 4137 que se indican en la línea de puntos junto a la línea 6 de la Parte I	13b	
c	Anote la cantidad, si alguna, de los impuestos del empleado del Seguro Social y del <i>Medicare</i> no retenidos sobre los salarios del Formulario 8919 que se indican en la línea de puntos junto a la línea 6 de la Parte I	13c	
d	Anote la cantidad, si alguna, de los impuestos del empleado del Seguro Social y del <i>Medicare</i> no retenidos sobre propinas y seguro de vida colectivo a término (vea las instrucciones para la línea 6 de la Parte I) que se indican en la línea de puntos junto a la línea 6 de la Parte I	13d	
e	Anote la cantidad, si alguna, del Impuesto Adicional del <i>Medicare</i> sobre los salarios del <i>Medicare</i> (línea 7 del Formulario 8959)	13e	
f	Suma las líneas 13a a 13e	13f	
14	Suma las líneas 12c y 13f. Anote el resultado	14	
15	Anote la cantidad, si alguna, de la retención del Impuesto Adicional del <i>Medicare</i> (línea 22 del Formulario 8959)	15	
16	Reste la línea 15 de la línea 14. Anote el resultado	16	
17	Anote la cantidad, si alguna, de la línea 8 de la Parte I	17	
18	¿Es la cantidad que aparece en la línea 16 mayor que la que aparece en la línea 17? ☐ No. No siga. No puede reclamar el crédito. ☐ Sí. Reste la línea 17 de la línea 16. Anote el resultado		18
19	Crédito tributario adicional por hijos. Anote aquí la cantidad menor entre la cantidad de la línea 11 o la línea 18 y anótela aquí y en la línea 9 de la Parte I		19



222

COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name Juan		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 400-00-1059		INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Last Name(s) Mendez		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 00-0000024		7. Sueldos - Wages 7,255		20. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 7,255	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address 4703 Bucks Run Helotes, TX 78023		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer- sponsored health coverage 0		8. Comisiones - Commissions 0		21. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 450	
Fecha de Nacimiento: Día ____ Mes ____ Año ____ Date of Birth: Day ____ Month ____ Year ____		6. Donativos Charitable Contributions 0		9. Concesiones - Allowances 0		22. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 7,255	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address Austin's Photo Shop 107 West Lake Street Helotes, TX 78023		Indique si la remuneración incluye pagos al empleado por: - Indicate if the remuneration includes payments to the employee for: A- ☐ Médico cualificado (Ver instrucciones) Qualified physician (See instructions)		10. Propinas - Tips 0		23. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 105	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		B- ☐ Servicios domésticos Domestic services		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 7,255		24. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0	
Correo Electrónico del Patrono Employer's E-mail		C- ☐ Trabajo agrícola Agricultural labor		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits		25. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0	
Fecha Cese de Operaciones: Día ____ Mes ____ Año ____ Cease of Operations Date: Day ____ Month ____ Year ____		D- ☐ Ministro de una iglesia o miembro de una orden religiosa - Minister of a church or member of a religious order		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 640		26. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number W1234567890		E- ☐ Profesionales de la salud (Ver instrucciones) Health professionals (See instructions)		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 0			
Número Control - Control Number		F- ☐ Empleo directo (Ver instrucciones) Direct employment (See instructions) (i) Horas trabajadas Hours worked (ii) EIN		15. Aportaciones a Planes Calificados Contributions to CODA PLANS 0			
Fecha de radicación: 31 de enero Filing date: January 31		G- ☐ Otros - Others:		Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Código/Code 16. Código/Code 17. Código/Code 18. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program			
Año: 2023							