

Formulario Inicial de Determinación del Programa VITA (CA)

Nombre _____ Año fiscal _____

¿Tuvo cobertura médica durante todo el año? (Sí / No)

¿Tuvo seguro médico a través de CoveredCA en algún mes del año? (Sí / No)

*Si la respuesta es sí, deberá proporcionar el Formulario 1095-A. [Form 1095-A](#).

¿Pagó renta durante al menos 6 meses del año? (Sí / No)

*Si la respuesta es sí, podría ser elegible para el [Crédito de inquilino no reembolsable](#).

¿Es o fue joven de crianza temporal entre los 18 y 25 años? (Sí / No)

*Si la respuesta es sí, podría ser elegible para el Crédito tributario por jóvenes de crianza temporal.

Por favor, proporcione una [carta de verificación](#).

¿Usted o su dependiente fueron estudiantes de colegio o universidad? (Sí / No)

*Si la respuesta es sí, por favor proporcione un Formulario 1098-T de su escuela.

¿Tiene un número de identificación personal para la protección de la identidad (IP PIN, por sus siglas en inglés) o ha sido víctima de robo de identidad? (Sí / No)

Por favor, escriba su dirección física (no su dirección postal o un PO box):