

**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)

2023

Department of the Treasury Internal Revenue Service

Islas 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

Form fields for personal information: Name (Juan Mendez), Social Security Number (400-00-1059), Address (4703 Bucks Run, Helotes, Texas, 78023), and Spouse information.

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) [X] Sí [ ] No

Parte I Impuesto y Créditos Totales

- 1 Estado civil. Marque el recuadro para su estado civil. [X] Soltero [ ] Casado que presenta una declaración conjunta [ ] Casado que presenta una declaración por separado [ ] Cabeza de familia [ ] Cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos
2 Hijos calificados. Complete sólo si usted es residente bona fide de Puerto Rico y reclama el crédito tributario adicional por hijos. [ ]

Table with 3 columns: (a) Primer nombre, Apellido, (b) Número de Seguro Social del hijo, (c) Parentesco del hijo con usted. Row 1: Juan, Mendez, Jr., 400-00-1034, Son

Main tax calculation table with rows 3-16. Includes fields for tax on self-employment, domestic employees, Medicare, total taxes, estimated tax, Social Security tax, and total payments/credits.

Third party authorized, Signature, and Preparer sections. Includes fields for authorized person name, signature, date, and preparer information.

**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? <input type="checkbox"/> <b>No.</b> No siga. No puede reclamar el crédito. <input type="checkbox"/> <b>Sí.</b> 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? <input type="checkbox"/> <b>No.</b> Deje la línea 5 en blanco. Anote la cantidad de la línea 2 en la línea 11 y pase a la línea 12. <input type="checkbox"/> <b>Sí.</b> 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	Sume 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? <input type="checkbox"/> <b>No.</b> No siga. No puede reclamar el crédito. <input type="checkbox"/> <b>Sí.</b> Reste la línea 6 de la línea 9. Anote el resultado		10
11	Anote aquí la cantidad <b>menor</b> 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	Sume 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). <b>Adjunte copia(s) de dicho(s) formulario(s).</b> 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	Sume las líneas 13a a 13e	13f	
14	Sume 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? <input type="checkbox"/> <b>No.</b> No siga. No puede reclamar el crédito. <input type="checkbox"/> <b>Sí.</b> Reste la línea 17 de la línea 16. Anote el resultado		18
19	<b>Crédito tributario adicional por hijos.</b> Anote aquí la cantidad <b>menor</b> entre la cantidad de la línea 11 o la línea 18 y anótela aquí y en la línea 9 de la Parte I		19



**COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT**

**222**

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