Carta de causa razonable: Enfermedad Grave u Hospitalización

Recurso gratuito e independiente — no está afiliado con el IRS. Información general, no es asesoramiento fiscal ni legal.

Plantilla de autoayuda. Información general, no es asesoramiento fiscal ni legal; no se crea una relación profesional. El IRS decide cada solicitud y no se promete ningún resultado. Úsela bajo su propio riesgo.

Puede copiarla, editarla y enviarla gratis — cualquiera puede usar este texto para cualquier fin, sin dar crédito.

Reemplace cada espacio [entre corchetes] con sus propios hechos y fechas, y borre lo que no aplique. Diga solo lo que pueda documentar.

[Su nombre completo]
[Nombre completo de su cónyuge, si es declaración conjunta (opcional)]
[Dirección]
[Ciudad, estado y código postal]
[Teléfono durante el día]

[Fecha]

Internal Revenue Service
[Dirección de su aviso, o la dirección del IRS para su estado]

Asunto: Solicitud de alivio de multa por causa razonable (Enfermedad Grave u Hospitalización)
Contribuyente: [Su nombre completo]
Número de identificación: [SSN o ITIN]
Formulario y año fiscal: [Formulario, por ejemplo 1040], [Año fiscal]
Aviso: [Número del aviso, por ejemplo CP14] del [Fecha del aviso]
Multa: [Nombre de la multa, por ejemplo por no presentar], [Monto de la multa]

Estimado(a) señor(a):

Le pido al IRS que elimine la multa [Nombre de la multa, por ejemplo por no presentar] de [Monto de la multa] del año fiscal [Año fiscal] por causa razonable. A continuación explico qué pasó, cómo me impidió cumplir y qué hice para ponerme al día. Adjunto copias de los documentos que lo respaldan.

1. Qué Sucedió

El [Fecha del diagnóstico], fui diagnosticado(a) con [Condición médica] por el Dr. [Médico tratante] en [Centro médico]. Esta condición requirió [Descripción del tratamiento] desde [Fecha de inicio del tratamiento] hasta [Fecha de fin del tratamiento]. Durante este período, estuve [Descripción de la incapacidad].

2. Cómo Impidió el Cumplimiento

Durante este período, no pude [Lo que no pudo hacer] porque [Limitación específica]. Mi condición me impidió [Actividades que no pudo realizar] que son necesarios para [Obligación fiscal]. Yo era [Responsabilidad única] la persona responsable de manejar asuntos fiscales en mi hogar.

3. Cuidado Ordinario Ejercido

Antes de esta enfermedad, ejercí el debido cuidado al [Medidas de cuidado previas]. Tengo un historial de [Historial de cumplimiento]. Ya había [Preparativos antes de la enfermedad (opcional)] antes de enfermarme el [Fecha de inicio de la enfermedad].

4. Acciones Correctivas Tomadas

Tan pronto como pude médicamente, tomé las siguientes acciones correctivas: [Acciones correctivas]. [Acción de presentación o pago] el [Fecha de cumplimiento], que fue [Días después de la recuperación] días después de [Hecho que marcó su recuperación]. También he [Medidas preventivas (opcional)] para evitar que esta situación se repita.

Por estas razones, le pido que elimine la multa. Si necesita más información, puede comunicarse conmigo al [Teléfono durante el día]. Gracias por considerar mi solicitud.

Atentamente,

[Firma]
[Su nombre completo]

[Firma de su cónyuge, si es declaración conjunta (opcional)]
[Nombre completo de su cónyuge, si es declaración conjunta (opcional)]

Anexos:
- Copia del aviso [Número del aviso, por ejemplo CP14]
- Carta del Médico
- Registros Hospitalarios
- Registros de Recetas