

Form 50 0006-ES

Administrative Review and Hearings Division

PO Box 47460
Olympia WA 98504-7460
360-534-1335
FAX 360-534-1340
dorarhdadmin@dor.wa.gov

Oferta de acuerdo

El abajo firmante ofrece acordar una valoración fiscal emitida o una negación de reclamo de reembolso bajo revisión de la División de Revisiones y Audiencias Administrativas (Administrative Review and Hearings Division, ARHD).

1 Información del Contribuyente:

N.º de expediente de la ARHD:

Identificación de cuenta:

Nombre/nombre comercial:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

Correo electrónico:

2 Información del Representante:

Nombre/nombre comercial:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

Correo electrónico:

3 Acción del Departamento: ¿Qué desea acordar?

VALORACIÓN

Números de valoración:

Monto valorado:

Monto en disputa:

Impuesto \$:

Sanciones \$:

Interés \$:

Para solicitar este documento en un formato diferente, complete el formulario dor.wa.gov/AccessibilityRequest o llame al 360-705-6705. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 711.

¿Ha cambiado sus informes desde que recibió las instrucciones de auditoría o la(s) valoración(es)? Si es así, ¿cuándo?

RECLAMO DE REEMBOLSO

Monto total del reclamo de reembolso:

Tipo de impuesto:

Monto en disputa:

Impuesto \$:

Sanciones \$:

Interés \$:

¿Es un reembolso de montos pagados en una valoración o una declaración?

Si es una declaración, ¿de cuál(es) periodo(s)?

4 Términos de la oferta:

Monto ofrecido \$:

Fecha de pago propuesta:

Otro:

5 Motivos para llegar a un acuerdo:

Explique por qué el DOR (Departamento de Ingresos) debería pagar su valoración o reembolsar el reclamo. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Aplique los criterios del Código Administrativo de Washington (Washington Administrative Code, WAC) 458-20-100 para apoyar su oferta de llegar a un acuerdo con su disputa fiscal.

No recurrente: díganos qué ha cambiado en la ley o en sus operaciones comerciales que le permitirá cumplir con sus responsabilidades fiscales para los periodos futuros.

Conflicto en la ley: explique por qué cree que existe un conflicto en la ley o con las instrucciones previas por escrito que le dio el Departamento.

Resultados severos (no incluye la incapacidad de pagar): explique por qué cree que una aplicación estricta de la ley tendría consecuencias excesivamente severas.

Riesgo de litigio: explique por qué cree que existe incertidumbre sobre el resultado de su disputa fiscal si se presentara ante un tribunal.

6 Firma:

El Contribuyente o el Representante pueden firmar la oferta de acuerdo si el representante tiene autoridad para obligar al Contribuyente. Sin embargo, el Departamento debe tener una Autorización de información fiscal confidencial (Confidential Tax Information Authorization, CTIA) en el archivo para poder divulgar información fiscal al Representante. El Contribuyente puede elegir firmar la autorización a continuación o enviar un formulario por separado ubicado en <http://dor.wa.gov/CTIA>, a menos que ya haya uno en el archivo. El Contribuyente debe firmar la oferta si autoriza el uso de correo electrónico o fax.

Contribuyente:

Por la presente certifico que soy el propietario, funcionario corporativo, agente registrado o socio del Contribuyente mencionado anteriormente, estoy autorizado a ejecutar este formulario en nombre del Contribuyente, y el Representante mencionado anteriormente está autorizado a recibir información fiscal confidencial del Departamento sobre todos los asuntos planteados en la petición del Contribuyente.

Marque si podemos enviar correspondencia por correo electrónico o fax. Reconozco que las comunicaciones por correo electrónico y fax no son seguras, y que la información confidencial enviada por correo electrónico o fax puede ser interceptada y utilizada por personas no autorizadas. Acepto estas condiciones y renuncio a cualquier violación de la Cláusula de Secreto (Código Revisado de Washington [Revised Code of Washington, RCW] 82.32.330) que pudiera derivarse de una interceptación o uso no autorizado del correo electrónico o fax.

Firma:

Fecha:

Nombre en letra de imprenta:

Cargo: