



JAV MOKESČIŲ GRAŽINIMO PAKETO INSTRUKCIJA

Dėkojame, kad pasirinkote „AmberTax” kompaniją JAV mokesčių grąžinimui. „AmberTax” siūlo profesionalų ir greitą mokesčių grąžinimą Jums ir Jūsų draugams!

Prašau vadovaukitės šiais 5 žingsniais ir pradėkite MOKESČIŲ GRAŽINIMO procesą:

1 ŽINGSNIS: ATSPAUDINKITE paketą ir jį užpildykite

2 ŽINGSNIS: PASIRAŠYKITE ir įrašykite pildymo datą tose vietose, kur pažymeta “X”

3 ŽINGSNIS: NUSKENUOKITE (su CamScan app, ar kt.) arba NUFOTOGRAFUOKITE užpildytą ir pasirašytą paketą kartu su šių dokumentų kopijomis:

- Social Security kortelės kopija
- Paso kopija
- JAV vizos kopija
- DS-2019 ir I-94 formų kopijos (jei turite)
- W-2 formos(ų) ir/arba paskutinio algalapio(ių) iš **visų** darbdavių kopijos

4 ŽINGSNIS: IŠSIŪSKITE šiuos dokumentus el. paštu info@ambertax.com arba paštu:

AmberTax
PD 311, Kaunas
LT-44005, LIETUVA

5 ŽINGSNIS: LAUKITE, kol pinigai bus išmokėti Jums!

PASTABOS

PASLAUGOS MOKESTIS:

- Nėra išankstinio mokesčio!
- Paslaugos mokestis už FEDERAL ir STATE mokesčių grąžinimą nurodytas sutartyje
- Trūkstant W-2 formos (jei ji būtina) suradimo mokestis - 25 JAV doleriai

MOKESČIŲ GRAŽINIMO LAIKAS:

Galite tikėtis savo FEDERAL ir STATE mokesčių sugrąžinimo apytiksliai po 3-4 mėnesių nuo dienos, kai deklaracijos yra išsiųstos į JAV. Deklaracijų pildymas už 2017 metus bus pradėtas 2018 m. vasario mėn. Už 2014-2016 metus deklaracijas galime sutvarkyti iškart, kai gauname dokumentus iš JŪSŪ!

REIKIA PAGALBOS?

Skambinkite 8-37-206041 ARBA rašykite info@ambertax.com

www.ambertax.com

JAV MOKESČIŲ GRĄŽINIMO REGISTRACIJOS ANKETA

BENDRA INFORMACIJA *(Prašome rašyti DIDŽIOSIOMIS raidėmis)*

Vardas, pavardė:

Namų adresas:

Kontaktinis tel.nr.:

El. pašto adresas:

Kaip sužinojote apie AmberTax? *(internetas/spauda/draugai/kita)*

JAV VIZITAI

JAV Socialinio draudimo numeris (SSN): _____ - _____ - _____

Metai, už kuriuos norite susigrąžinti mokesčius

2017

2015

2016

2014 *(iki 2018 04 15)*

Ar jau bandėte grąžinti mokesčius už šiuos metus?

Ne

Taip *(pats/pati)*

Taip *(kitoje agentūroje)*

Programos tipas:

W&T

H2B

Trainee/Internship

Kita

Vizos tipas:

J1

H2B

GREEN CARD

Kita

Atvykimo į JAV data: ____m/____d/20____

IR Išvykimo iš JAV data: ____m/____d/20____

Ar lankėtės JAV anksčiau?

(Jei "TAIP", prašau nurodykite vizos tipą ir laikotarpį)

Ar esate grąžinęs mokesčius už ankstesnius metus?

(Jei "TAIP", prašau nurodykite už kuriuos metus ir agentūrą)

Paskutinis adresas JAV:

INFORMACIJA APIE DARBDAVIUS *(Nurodykite VISUS darbdavius! Jei turėsite daugiau nei 2 darbdavius, nurodykite juos ant atskiro lapo!)*

Darbdavių skaičius: _____

Nurodykite kurioje(-se) valstijoje(-ose) dirbote: _____

Dirbote nuo:

____/____/20____

(mm/dd/mmmm)

Dirbote iki:

____/____/20____

(mm/dd/mmmm)

Darbdavio pavadinimas, adresas, tel., el. paštas:

Pateikta:

W - 2

Paskutinis algalapis

Nieko nepateikta

Dirbote nuo:

____/____/20____

(mm/dd/mmmm)

Dirbote iki:

____/____/20____

(mm/dd/mmmm)

Darbdavio pavadinimas, adresas, tel., el. paštas:

Pateikta:

W - 2

Paskutinis algalapis

Nieko nepateikta

Užrašai:

Sutinku, kad AmberTax tvarkytų mano asmeninius duomenis dėl JAV mokesčių grąžinimo. Patvirtinu, kad visa pateikta informacija yra teisinga ir išsami.

DATA *(mm/dd/mmm)*: ____m/____d/20____

PARAŠAS: _____

UAB "Simpleta", veikianti kaip **"AmberTax"**, įmonės kodas **136041128**, atstovaujama **direktoriaus Rimo Petkevičiaus**, veikiančio pagal įmonės įstatus, toliau vadinama **AMBERTAX** ir asmens kodas, toliau vadinamas **KLIENTU**, sudarė šią sutartį:

1. Sutarties paslaugų objektas:

1.1. AMBERTAX paslaugų už užmokestį teikimas KLIENTUI: konsultuojant, deklaruojant ir išmokant fizinių asmenų Jungtinėse Amerikos Valstijose sumokėto pajamų mokesčio permoką (toliau – MOKESČIŲ GRAŽINIMAS).

2. Sutarties šalių teisės ir įsipareigojimai:

2.1. KLIENTO teisės ir įsipareigojimai:

- 2.1.1. KLIENTAS įsipareigoja pateikti visus dokumentus, kurie yra paminėti JAV mokesčių grąžinimo registracijos anketoje, ir pasirašyti visus dokumentus, būtinus MOKESČIŲ GRAŽINIMUI, įskaitant ir įgaliojimą AMBERTAX mokesčių, banko bei su tuo susijusiems finansiniams reikalams tvarkyti.
- 2.1.2. KLIENTAS užtikrina, kad pateikė AMBERTAX visą jam žinomą informaciją ir ši informacija yra teisinga. Pasirašydamas šią sutartį, KLIENTAS suteikia AMBERTAX teisę naudoti jo/jos asmeninius duomenis, tačiau tik tiek, kiek tai yra susiję su šios sutarties vykdymu.
- 2.1.3. KLIENTAS įsipareigoja pateikti papildomą informaciją ir/ar dokumentus reikalingus MOKESČIŲ GRAŽINIMUI, jei AMBERTAX ir/arba šios sutarties 1.1. dalyje minimos valstybės mokesčių institucija to prašo.
- 2.1.4. KLIENTAS sutinka, jog MOKESČIŲ GRAŽINIMO proceso metu KLIENTAS neturės teisės pats (arba pasitelkdamas trečiuosius asmenis) kreiptis į šios sutarties 1.1. dalyje minimos valstybės mokesčių institucijas dėl MOKESČIŲ GRAŽINIMO už mokestinius metus, nurodytus JAV mokesčių grąžinimo registracijos anketoje.
- 2.1.5. KLIENTAS sutinka, kad AMBERTAX bus vienintelė agentūra, užsiimanti jo MOKESČIŲ GRAŽINIMU už mokestinius metus, nurodytus JAV mokesčių grąžinimo registracijos anketoje.
- 2.1.6. KLIENTAS suteikia AMBERTAX teisę gauti visą, KLIENTO vardu išrašytame MOKESČIŲ GRAŽINIMO čekyje, įrašytą sumą bei pateikti bankui visus KLIENTO vardu išrašytus MOKESČIŲ GRAŽINIMO čekius, juos inkasuoti (gryninti) ir/ar MOKESČIŲ GRAŽINIMĄ gauti į AMBERTAX sąskaitą banke.
- 2.1.7. KLIENTAS įsipareigoja sumokėti mokesčius už suteiktas AMBERTAX paslaugas, kurie yra 10% nuo grąžintos sumos, bet ne mažiau nei 96 JAV doleriai už kiekvieną mokestinių metų „Federal“ ir „State“ fizinių asmenų pajamų mokesčio deklaracijas. Papildomi mokesčiai gali būti taikomi:
 - Už „Social Security/Medicare“ mokesčių deklaraciją - 10% nuo grąžintos sumos, bet ne mažiau nei 99 JAV doleriai.
 - Už trūkstamos W-2 formos suradimą – 25 JAV doleriai.
 - Už deklaracijos taisyklę - 100 JAV dolerių.
 - Už papildomos dokumentacijos tvarkymą, kuris atsiranda JAV mokesčių institucijoms vykdant patikrinimus, auditus, deklaracijų pataisymus/pakeitimus, tikrinant KLIENTO tapatybę - 50 JAV dolerių.
 - Už papildomas, KLIENTO prašymu atliktas paslaugas, kurių įkainius AMBERTAX iš anksto suderina su KLIENTU.
- 2.1.8. KLIENTAS privalo pateikti teisingą savo asmeninės banko sąskaitos informaciją ir adresą, kuriuo norėtų gauti jam/jai priklausančią MOKESČIŲ GRAŽINIMĄ. AMBERTAX neįsipareigoja ieškoti KLIENTO, jei KLIENTAS nepateikė KLIENTO MOKESČIŲ GRAŽINIMO išmokėjimui reikalingos informacijos, arba KLIENTO pateiktoji informacija buvo klaidinga.
- 2.1.9. KLIENTAS turi teisę atsisakyti pagal šią sutartį teikiamų AMBERTAX paslaugų per 7 dienas nuo šios sutarties pasirašymo dienos. Apie apsisprendimą atsisakyti AMBERTAX paslaugų KLIENTAS turi pranešti paštu, faksu arba el. paštu. KLIENTUI atsisakius sutarties, AMBERTAX turi teisę į patirtų išlaidų atlyginimą vykdant KLIENTO pavedimus iki sutarties nutraukimo.
- 2.1.10. KLIENTAS įsipareigoja informuoti AMBERTAX apie bet kokius savo kontaktinių duomenų bei asmeninės banko sąskaitos pasikeitimus per 5 dienas, nuo tų duomenų pasikeitimo, o įsidarbinimo/užsiėmimo individualia veikla užsienyje atveju - informuoti apie tai AMBERTAX nedelsiant.

2.2. AMBERTAX teisės ir įsipareigojimai:

- 2.2.1. AMBERTAX įsipareigoja pateikti KLIENTO mokesčių deklaracijas mokesčių institucijoms laiku ir laikantis šios sutarties 1.1. dalyje minimos šalies mokesčių įstatymų.
- 2.2.2. AMBERTAX turi teisę naudoti visą KLIENTO pateiktą asmeninę informaciją ir dokumentus tik mokesčių deklaracijų paruošimui, pildymui, pasirašymui ir visų kliento vardu išrašytų MOKESČIŲ GRAŽINIMO čekių gavimui bei inkasavimui (gryninimui) ir/ar mokesčių gavimui į savo sąskaitą banke.
- 2.2.3. AMBERTAX įsipareigoja neatskleisti asmeninės arba su mokesčių deklaracija susijusios informacijos trečiosioms šalims be KLIENTO sutikimo, išskyrus tuos atvejus, kai informacijos atskleidimas yra privalomas pagal įstatymus. AMBERTAX turi teisę perduoti MOKESČIŲ GRAŽINIMO procesą trečiajai šaliai, arba perįgalioti trečiąją šalį veikti KLIENTO vardu, jei tai yra būtina vykdant MOKESČIŲ GRAŽINIMĄ.
- 2.2.4. AMBERTAX įsipareigoja išmokėti KLIENTO MOKESČIŲ GRAŽINIMO sumą tuomet, kai MOKESČIŲ GRAŽINIMAS yra gautas.
- 2.2.5. AMBERTAX įsipareigoja išmokėti KLIENTO MOKESČIŲ GRAŽINIMĄ pagal jo pasirinktą būdą, pažymėtą formoje "Mokesčių grąžinimo būdas", išskyrus žemiau išvardintus atvejus:
 - Jei KLIENTUI priklausančias MOKESČIŲ GRAŽINIMO čekis iš šios sutarties 1.1. dalyje minimos valstybės buvo išrašytas KLIENTO vardu ir dėl to AMBERTAX neturi galimybės šio čekio išgryninti banke, AMBERTAX išsiųs šį čekį KLIENTO nurodytu adresu, kartu su sąskaita už AMBERTAX suteiktas paslaugas.
 - Jei KLIENTUI priklausančias išmokėti MOKESČIŲ GRAŽINIMO suma yra mažesnė nei 40 JAV dolerių ir KLIENTAS pageidauja MOKESČIŲ GRAŽINIMĄ gauti pavedimu užsienio valiuta, AMBERTAX pasilieka teisę tokį mokesčių grąžinimą išmokėti čekiu išsiųsdama jį KLIENTO nurodytu adresu.
- 2.2.6. Klientui taikomi AMBERTAX paslaugos mokesčiai, paminėti šios sutarties 2.1.7. dalyje, padidės šiais atvejais:
 - už finansų administravimą - 15 JAV dolerių;
 - už kiekvieną pavedimą, atliktą užsienio valiuta į KLIENTO banko sąskaitą ar/ir pavedimą atliktą KLIENTO vardu į mokesčių institucijos banko sąskaitą - 25 JAV doleriai;

- už kiekvieną MOKESČIŲ GRAŽINIMO čekį, išsiųstą KLIENTO nurodytu adresu ar/ir už kiekvieną čekį išsiųstą KLIENTO vardu į mokesčių instituciją - 15 JAV dolerių;
 - už kiekvieną nepanaudoto ar negaliojančio MOKESČIŲ GRAŽINIMO čekio grąžinimą AMBERTAX - 15 JAV doleriai;
 - už kiekvieną „mokėjimo pagal MOKESČIŲ GRAŽINIMO čekį“ sustabdymą - 40 JAV dolerių.
- 2.2.7. Kiekvienas pavedimas atliktas eurais (EUR) į ES arba EEE šalyje esantį banką - nemokamas.
- 2.2.8. AMBERTAX išmokės mokesčių permokos dalį, jei mokesčių permokos dalis atskaičius AMBERTAX paslaugų mokesčius ar/ir kitas išlaidas viršys arba bus lygi 5 USD.
- 2.2.9. AMBERTAX neprisiima atsakomybės už mokesčius, kuriuos KLIENTUI gali taikyti bankas korespondentas ir/ar gavėjo bankas.
- 2.2.10. Jei KLIENTAS neįvykdė įsipareigojimų, nurodytų šios sutarties 2.1.2., 2.1.4. ir 2.1.5. dalyse, AMBERTAX turi teisę taikyti papildomą 70 JAV dolerių paslaugos mokestį už kiekvienus mokestinius metus.
- 2.2.11. Jei KLIENTAS jau bandė pats GRAŽINTIS MOKESČIUS ir pageidauja, jog AMBERTAX tęstų procedūrą ir/ar pasidomėtų esama MOKESČIŲ GRAŽINIMO situacija ir/ar gautų pageidaujamą informaciją, tai bus traktuojamas kaip atskira mokesčių deklaracija ir apmokestinamas šios sutarties 2.1.7. ir 2.2.6. dalyse nurodytais paslaugų mokesčiais už paslaugą sumokant iš anksto.
- 2.2.12. AMBERTAX teikiamų paslaugų mokestis gali būti mažinamas, priklausomai nuo KLIENTUI taikomos nuolaidos dydžio.
- 2.2.13. AMBERTAX neprisiima atsakomybės dėl grąžinamos mokesčių sumos pakeitimų, padarytų 1.1. šios sutarties dalyje minimos valstybės mokesčių institucijų.
- 2.2.14. Jei KLIENTAS MOKESČIŲ GRAŽINIMĄ pageidauja gauti kita valiuta, nei MOKESČIŲ GRAŽINIMAS gautas iš užsienio mokesčių institucijų, AMBERTAX MOKESČIŲ GRAŽINIMĄ išmokės pageidaujama valiuta pagal tą dieną skelbiamą banko, iš kurio atliekamas mokėjimas, tos šalies valiutos supirkimo ir/ar pardavimo kursą negrynaisiais pinigais.
- 2.2.15. AMBERTAX neprisiima atsakomybės dėl negrąžintų pajamų mokesčių ir/ar dėl atsiradusių mokestinių įsipareigojimų ir/ar kitų neigiamų pasekmių, kurios atsirado dėl KLIENTO neteisingai, netiksliai ir/ar nepilnai pateiktos informacijos. Taip pat AMBERTAX neatsako dėl KLIENTO ankstesnių mokestinių įsipareigojimų šios sutarties 1.1. dalyje minimos valstybės mokesčių institucijoms ar kitų aplinkybių, nesusiėjusių su AMBERTAX veikla, dėl kurių KLIENTAS neturi teisės į MOKESČIŲ GRAŽINIMĄ.
- 2.2.16. AMBERTAX neatsako už MOKESČIŲ GRAŽINIMO proceso trukmę dėl šios sutarties 1.1. dalyje minimos valstybės mokesčių institucijų kaltės. AMBERTAX skelbiamas MOKESČIŲ GRAŽINIMO terminas yra tik praktikoje pasitaikantis orientacinis laikotarpis. AMBERTAX neatsako už šios sutarties 1.1. dalyje minimos valstybės mokesčių įstatyminės bazės pasikeitimus, tačiau stengsis padėti KLIENTUI tokiems pakeitimams atsiradus.
- 2.2.17. KLIENTUI PAGEIDAUJANT, AMBERTAX sutinka apskaičiuoti apytiksliai MOKESČIŲ GRAŽINIMO iš 1.1. dalyje minimos valstybės sumą bei orientacinį AMBERTAX paslaugos mokestį, tačiau galutinę MOKESČIŲ GRAŽINIMO sumą turi teisę apskaičiuoti tik 1.1. dalyje minimos šalies mokesčių institucijos ir ši suma bus žinoma tik jos išmokėjimo momentu.

3. Atsiskaitymų sąlygos

- 3.1. Visi AMBERTAX paslaugos mokesčiai, paminėti šioje sutartyje, yra nurodyti su PVM ir bus nuskaičiuoti nuo KLIENTO MOKESČIŲ GRAŽINIMO sumos, išskyrus atvejus, paminėtus šios sutarties 2.2.5., 3.2., 3.3. ir 3.4. dalyse. AMBERTAX pasilieka teisę nuskaičiuoti visą paslaugos mokestį, jei bent dalis MOKESČIO GRAŽINIMO sumos yra sugrąžinta.
- 3.2. Jei KLIENTAS gauna MOKESČIŲ GRAŽINIMO čekį ir/ar pavedimą tiesiogiai iš mokesčių institucijos, jis įsipareigoja nedelsiant apie tai informuoti AMBERTAX ir per 10 dienų, nuo sąskaitos už AMBERTAX suteiktas paslaugas išrašymo datos, sumokėti mokestį pavedimu į AMBERTAX banko sąskaitą. KLIENTUI per 10 dienų neįvykdžius pareigos apmokėti už AMBERTAX suteiktas paslaugas, AMBERTAX be atskiro įspėjimo turi teisę kreiptis dėl skolos išieškojimo.
- 3.3. Jei KLIENTAS pageidauja, kad jo mokesčių deklaracija būtų išsiųsta šios sutarties 1.1. dalyje minimos valstybės mokesčių institucijoms, bet jis nėra permokėjęs mokesčių, tuomet AMBERTAX turi gauti KLIENTO mokėjimą banko pavedimu (96 JAV doleriai už šios sutarties 1.1. dalyje minimos valstybės pajamų mokesčio deklaraciją) prieš išsiunčiant KLIENTO dokumentus į 1.1. dalyje minimos šalies mokesčių instituciją.
- 3.4. Jei KLIENTO MOKESČIŲ GRAŽINIMO suma yra mažesnė už minimalų AMBERTAX paslaugos mokestį, AMBERTAX nereikalauja KLIENTO padengti skirtumą.

4. Kitos sutarties sąlygos

- 4.1. Nė viena šalis neatsako už savo sutartinių įsipareigojimų nevykdymą arba netinkamą vykdymą, jei tai įvyko dėl nenugalimų jėgų (Force Majeure) - stichinės nelaimės, karo veiksnių, valstybinės valdžios ir valdymo organų ar pareigūnų veiksnių bei kitų aplinkybių, apie kurių atsiradimą šalys nežinojo šios sutarties sudarymo metu ir negalėjo jų pačios pašalinti.
- 4.2. Visi ginčai, iškilę tarp šalių dėl šios sutarties arba vykdant šią sutartį, sprendžiami derybų būdu.
- 4.3. Nepavykus išspręsti ginčų derybų būdu, jie sprendžiami teisme pagal AMBERTAX registracijos vietą, Lietuvos Respublikos įstatymų nustatyta tvarka.
- 4.4. Ši sutartis sudaryta dviem, vienodą juridinę galią turinčiais egzemplioriais, po vieną kiekvienai sutarties šaliai.
- 4.5. Sutartis įsigalioja nuo jos pasirašymo momento ir galioja atsiųsta faksu ar nuskenuota ir atsiųsta el. paštu ar paštu.

Abi šalys patvirtina, kad **sutartį perskaitė, sutarties sąlygos yra aiškios bei suprantamos ir įsipareigoja šią sutartį vykdyti kaip atitinkančią jų valią bei tikslus** tai patvirtindamos savo parašais.

KLIENTAS:

Vardas, pavardė:

Asmens kodas:

Parašas:

AMBERTAX:

UAB „Simpleta“, DBA „AmberTax“
 Kęstučio 57-8, LT-44303 Kaunas
 Juridinio asmens kodas: 136041128
 PVM mokėtojo kodas: LT360411219
 Tel.: (8-37) 206041; Faksas: (8-37) 206045
 Direktorius: Rimas Petkevičius





POWER OF ATTORNEY

Full name:

Social Security Number:

Date of birth:

Address:

.....

.....

I, the undersigned (hereinafter referred to as the "Mandator"), hereby grant a full authority to SIMPLETA LTD., dba AMBERTAX, to act as my agent (attorney-in-fact) in dealing with my United States Personal Income Tax Return for the tax year and perform the following acts on the basis of this Power of Attorney:

1. To request from the employer and to receive Mandator's form(-s) W-2 to the following address:

SIMPLETA LTD.

PO BOX 596070

FORT GRATIOT, MI 48059-6070

2. To deal with Mandator's Social Security and Medicare (FICA) tax refund. To request from the employer and to receive Mandator's refund of Social Security and Medicare (FICA) taxes to the address mentioned in paragraph no. 1.
3. To receive Personal Income Tax refund checks issued in Mandator's name.
4. To deposit Personal Income Tax refunds to its own account and convey such refunds to the Mandator by the way of wire transfer, check or to handle it in another manner to achieve the same purpose.

This Power of Attorney is effective immediately and will continue until it is revoked.

DATE (mm/dd/yyyy): ____m/____d/20____

SIGNATURE: **X** _____

MOKESČIŲ GRAŽINIMO BŪDAS

Aš pageidauju man priklausančius pinigus gauti vienu iš žemiau išvardintų būdų:

Pirmas būdas: Pinigus noriu gauti **čekiu** (čekis bus išsiųstas Jūsų nurodytu adresu)

Antras būdas: Pinigus noriu gauti **pavedimu į mano asmeninę banko sąskaitą**

Kadangi "Federal" ir "State" mokesčiai yra gaunami skirtingu metu, galite gauti 2 čekius arba 2 pavedimus, priklausomai nuo to, kurį būdą pažymėjote aukščiau. Jei pageidaujate kad "Federal" ir "State" mokesčiai Jums būtų išmokėti vienu mokėjimu, pažymėkite papildomai varnele žemiau esantį langelį (šiuo atveju išmokėjimas bus atliekamas tik gavus visus pinigus):

Federal ir State mokesčius noriu gauti vienu mokėjimu aukščiau pasirinktu būdu (arba čekiu arba pavedimu).

Dėmesio: Jei pasirinksite pavedimus gauti eurais – jie bus **nemokami**, o jei užsienio valiuta – kiekvienas pavedimas kainuos 25 JAV dolerius. Kiekvienas čekio išrašymas kainuos 15 JAV dolerių.

Taip pat bus nuskaitytas vienkartinis 15 JAV dolerių Finansų Administravimo mokestis. Mokestis yra skirtas čekių iš JAV mokesčių inspekcijų gryninimo bei administravimo išlaidoms padengti.

PILDYKITE, JEI PASIRINKOTE PINIGUS GAUTI ČEKIU (PIRMAS BŪDAS)

Čekis bus siunčiamas žemiau nurodytu adresu. Jei formoje nurodytas adresas keisis - prašome nedelsiant apie tai mus informuoti.

Gatvė, namo numeris, butas: _____

Miestas, rajonas: _____

Pašto kodas ir šalis: _____

PILDYKITE, JEI PASIRINKOTE PINIGUS GAUTI PAVEDIMU (ANTRAS BŪDAS)

Valiuta (pažymėkite):

EUR

USD

GBP

CAD

JŪSŲ VARDAS, PAVARDĖ: _____

(Sąskaita banke turi būti atidaryta JŪSŲ vardu!!)

Pilnas banko pavadinimas: _____

Sąskaitos numeris:

LT _____

PASTABOS: Pasitaiko atvejų, kad mokesčių gražinimo čekis iš užsienio mokesčių institucijos išrašomas kliento vardu. Dėl šios priežasties, mokesčių gražinimo čekis gali būti išsiųstas Jums, nepriklausomai nuo to, kokį mokesčių gražinimo būdą pasirinkote šioje formoje.

Su sąlygomis sutinku ir patvirtinu, kad mano nurodyta informacija yra teisinga, o jai pasikeitus - įsipareigoju apie tai informuoti AmberTax per 5 dienas nuo informacijos pasikeitimo.

DATA (mm/dd/mmmm): _____ m/ _____ d/20 _____

PARAŠAS: _____

Power of Attorney and Declaration of Representative

For IRS Use Only

Received by: _____
 Name _____
 Telephone _____
 Function _____
 Date / /

▶ Information about Form 2848 and its instructions is at www.irs.gov/form2848.

Part I Power of Attorney

Caution: A separate Form 2848 must be completed for each taxpayer. Form 2848 will not be honored for any purpose other than representation before the IRS.

1 Taxpayer information. Taxpayer must sign and date this form on page 2, line 7.

Taxpayer name and address	Taxpayer identification number(s)	
	Daytime telephone number	Plan number (if applicable)

hereby appoints the following representative(s) as attorney(s)-in-fact:

2 Representative(s) must sign and date this form on page 2, Part II.

Name and address	CAF No. _____ PTIN _____ Telephone No. _____ Fax No. _____ Check if new: Address <input type="checkbox"/> Telephone No. <input type="checkbox"/> Fax No. <input type="checkbox"/>
Check if to be sent copies of notices and communications <input type="checkbox"/>	
Name and address	CAF No. _____ PTIN _____ Telephone No. _____ Fax No. _____ Check if new: Address <input type="checkbox"/> Telephone No. <input type="checkbox"/> Fax No. <input type="checkbox"/>
Check if to be sent copies of notices and communications <input type="checkbox"/>	
Name and address	CAF No. _____ PTIN _____ Telephone No. _____ Fax No. _____ Check if new: Address <input type="checkbox"/> Telephone No. <input type="checkbox"/> Fax No. <input type="checkbox"/>
(Note: IRS sends notices and communications to only two representatives.)	
Name and address	CAF No. _____ PTIN _____ Telephone No. _____ Fax No. _____ Check if new: Address <input type="checkbox"/> Telephone No. <input type="checkbox"/> Fax No. <input type="checkbox"/>
(Note: IRS sends notices and communications to only two representatives.)	

to represent the taxpayer before the Internal Revenue Service and perform the following acts:

3 Acts authorized (you are required to complete this line 3). With the exception of the acts described in line 5b, I authorize my representative(s) to receive and inspect my confidential tax information and to perform acts that I can perform with respect to the tax matters described below. For example, my representative(s) shall have the authority to sign any agreements, consents, or similar documents (see instructions for line 5a for authorizing a representative to sign a return).

Description of Matter (Income, Employment, Payroll, Excise, Estate, Gift, Whistleblower, Practitioner Discipline, PLR, FOIA, Civil Penalty, Sec. 5000A Shared Responsibility Payment, Sec. 4980H Shared Responsibility Payment, etc.) (see instructions)	Tax Form Number (1040, 941, 720, etc.) (if applicable)	Year(s) or Period(s) (if applicable) (see instructions)

4 Specific use not recorded on Centralized Authorization File (CAF). If the power of attorney is for a specific use not recorded on CAF, check this box. See the instructions for **Line 4. Specific Use Not Recorded on CAF**

5a Additional acts authorized. In addition to the acts listed on line 3 above, I authorize my representative(s) to perform the following acts (see instructions for line 5a for more information):

Authorize disclosure to third parties; Substitute or add representative(s); Sign a return; _____

Other acts authorized: _____

b Specific acts not authorized. My representative(s) is (are) not authorized to endorse or otherwise negotiate any check (including directing or accepting payment by any means, electronic or otherwise, into an account owned or controlled by the representative(s) or any firm or other entity with whom the representative(s) is (are) associated) issued by the government in respect of a federal tax liability.
List any other specific deletions to the acts otherwise authorized in this power of attorney (see instructions for line 5b):

6 Retention/revocation of prior power(s) of attorney. The filing of this power of attorney automatically revokes all earlier power(s) of attorney on file with the Internal Revenue Service for the same matters and years or periods covered by this document. If you **do not** want to revoke a prior power of attorney, check here
YOU MUST ATTACH A COPY OF ANY POWER OF ATTORNEY YOU WANT TO REMAIN IN EFFECT.

7 Signature of taxpayer. If a tax matter concerns a year in which a joint return was filed, each spouse must file a separate power of attorney even if they are appointing the same representative(s). If signed by a corporate officer, partner, guardian, tax matters partner, executor, receiver, administrator, or trustee on behalf of the taxpayer, I certify that I have the legal authority to execute this form on behalf of the taxpayer.
▶ IF NOT COMPLETED, SIGNED, AND DATED, THE IRS WILL RETURN THIS POWER OF ATTORNEY TO THE TAXPAYER.

X **X**
Signature Date Title (if applicable)

X
Print Name Print name of taxpayer from line 1 if other than individual

Part II Declaration of Representative

Under penalties of perjury, by my signature below I declare that:

- I am not currently suspended or disbarred from practice, or ineligible for practice, before the Internal Revenue Service;
- I am subject to regulations contained in Circular 230 (31 CFR, Subtitle A, Part 10), as amended, governing practice before the Internal Revenue Service;
- I am authorized to represent the taxpayer identified in Part I for the matter(s) specified there; and
- I am one of the following:
 - a Attorney—a member in good standing of the bar of the highest court of the jurisdiction shown below.
 - b Certified Public Accountant—licensed to practice as a certified public accountant is active in the jurisdiction shown below.
 - c Enrolled Agent—enrolled as an agent by the Internal Revenue Service per the requirements of Circular 230.
 - d Officer—a bona fide officer of the taxpayer organization.
 - e Full-Time Employee—a full-time employee of the taxpayer.
 - f Family Member—a member of the taxpayer’s immediate family (spouse, parent, child, grandparent, grandchild, step-parent, step-child, brother, or sister).
 - g Enrolled Actuary—enrolled as an actuary by the Joint Board for the Enrollment of Actuaries under 29 U.S.C. 1242 (the authority to practice before the Internal Revenue Service is limited by section 10.3(d) of Circular 230).
 - h Unenrolled Return Preparer—Authority to practice before the IRS is limited. An unenrolled return preparer may represent, provided the preparer (1) prepared and signed the return or claim for refund (or prepared if there is no signature space on the form); (2) was eligible to sign the return or claim for refund; (3) has a valid PTIN; and (4) possesses the required Annual Filing Season Program Record of Completion(s). **See Special Rules and Requirements for Unenrolled Return Preparers in the instructions for additional information.**
 - k Student Attorney or CPA—receives permission to represent taxpayers before the IRS by virtue of his/her status as a law, business, or accounting student working in an LITC or STCP. See instructions for Part II for additional information and requirements.
 - r Enrolled Retirement Plan Agent—enrolled as a retirement plan agent under the requirements of Circular 230 (the authority to practice before the Internal Revenue Service is limited by section 10.3(e)).

▶ IF THIS DECLARATION OF REPRESENTATIVE IS NOT COMPLETED, SIGNED, AND DATED, THE IRS WILL RETURN THE POWER OF ATTORNEY. REPRESENTATIVES MUST SIGN IN THE ORDER LISTED IN PART I, LINE 2.

Note: For designations d-f, enter your title, position, or relationship to the taxpayer in the "Licensing jurisdiction" column.

Designation— Insert above letter (a-r).	Licensing jurisdiction (State) or other licensing authority (if applicable).	Bar, license, certification, registration, or enrollment number (if applicable).	Signature	Date

Tax Information Authorization

► Information about Form 8821 and its instructions is at www.irs.gov/form8821.
 ► Do not sign this form unless all applicable lines have been completed.
 ► Do not use Form 8821 to request copies of your tax returns or to authorize someone to represent you.

OMB No. 1545-1165
For IRS Use Only
 Received by: _____
 Name _____
 Telephone _____
 Function _____
 Date _____

1 Taxpayer information. Taxpayer must sign and date this form on line 7.

Taxpayer name and address	Taxpayer identification number(s)
	Daytime telephone number Plan number (if applicable)

2 Appointee. If you wish to name more than one appointee, attach a list to this form. **Check here if a list of additional appointees is attached** ►

Name and address	CAF No. _____ PTIN _____ Telephone No. _____ Fax No. _____ Check if new: Address <input type="checkbox"/> Telephone No. <input type="checkbox"/> Fax No. <input type="checkbox"/>
------------------	---

3 Tax Information. Appointee is authorized to inspect and/or receive confidential tax information for the type of tax, forms, periods, and specific matters you list below. See the line 3 instructions.

(a) Type of Tax Information (Income, Employment, Payroll, Excise, Estate, Gift, Civil Penalty, Sec. 4980H Payments, etc.)	(b) Tax Form Number (1040, 941, 720, etc.)	(c) Year(s) or Period(s)	(d) Specific Tax Matters

4 Specific use not recorded on Centralized Authorization File (CAF). If the tax information authorization is for a specific use not recorded on CAF, check this box. See the instructions. If you check this box, skip lines 5 and 6 ►

- 5 Disclosure of tax information** (you **must** check a box on line 5a or 5b unless the box on line 4 is checked):
- a** If you want copies of tax information, notices, and other written communications sent to the appointee on an ongoing basis, check this box ►
- Note.** Appointees will no longer receive forms, publications, and other related materials with the notices.
- b** If you do not want any copies of notices or communications sent to your appointee, check this box ►

6 Retention/revocation of prior tax information authorizations. If the line 4 box is checked, skip this line. If the line 4 box is not checked, the IRS will automatically revoke all prior Tax Information Authorizations on file unless you check the line 6 box and attach a copy of the Tax Information Authorization(s) that you want to retain. ►

To revoke a prior tax information authorization(s) without submitting a new authorization, see the line 6 instructions.

7 Signature of taxpayer. If signed by a corporate officer, partner, guardian, executor, receiver, administrator, trustee, or party other than the taxpayer, I certify that I have the authority to execute this form with respect to the tax matters and tax periods shown on line 3 above.

► **IF NOT COMPLETE, SIGNED, AND DATED, THIS TAX INFORMATION AUTHORIZATION WILL BE RETURNED.**

► **DO NOT SIGN THIS FORM IF IT IS BLANK OR INCOMPLETE.**

X _____
 Signature Date

X _____
 Print Name Title (if applicable)



T: (+370) 37 206041

F: (+370) 37 206045

www.ambertax.com

info@ambertax.com

P.O. Box 311, LT-44005, Kaunas, Lithuania

QUESTIONNAIRE

Your name:

Social Security number:

Tax year for which you request tax refund: 2017 2016 2015 2014

Please fill in the following questionnaire - your answers may determine larger tax refund, note that all questions are related with a tax year you have marked above:

What was the cost of your flight to the US? (USD)

What was the fee of your program to the US? (USD)

What rent expenses did you have while being in the US? (USD)

Where was your regular or principal permanent home located? (country)

Did you return to that home address when you left the US?

Did you pay for any of the following living expenses in your home country, while you have been in the US

(tick):

- housing costs (rent, loan, etc)
- insurance (medical, home, etc)
- mobile phone?
- transportation (car, bicycle, etc)

Where was your family located? (country)

Where was your automobile registered/located? (country)

Where was your driver's license issued? (country)

Where were you registered to vote? (country)

Do you have a bank account in your home country?

In what country did you qualify for national health plan sponsored by government?

Did you have a job in your home country before US program?

Did you intend to return to that job when you leave the US?

IMPORTANT! Please keep the documents related with your job expenses for 4 years. If necessary, we will ask you to send those receipts to us.

- Copy of airline ticket/E-ticket OR extract from your bank account that shows the amount paid.
- Copy of receipts of your accommodations OR extracts of your bank account that shows the amount paid (rent contract would be acceptable).
- Copy of receipts and similar evidence that you paid program fee.

DATE (mm/dd/yyyy): ____m/____d/20____

SIGNATURE: _____