

FORM 106 SOLICITUD DE PARO DE PAGO
 Revenue Administration Division
 Refund Unit

Año Tributario	Fecha del Reembolso de MD	Cantidad \$
Nombre del Contribuyente Primario	Número de Seguro Social del Contribuyente Primario	
Firma del Contribuyente Primario*		
Nombre del Contribuyente Secundario	Número de Seguro Social del Contribuyente Secundario	
Firma del Contribuyente Secundario*		
Dirección Postal Actual - Calle / P.O.		
Dirección Postal Actual - Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Contacto Durante el Día		

* Las firmas serán comparadas con los archivos principales. Sí presento por vía electrónica; adjunte una copia de su identificación estatal para verificación. En declaraciones presentadas en forma conjunta, ambos contribuyentes deberán firmar esta solicitud.

Por favor poner un paro de pago al cheque de reembolso anteriormente referido y emitir un cheque de reemplazo a la dirección postal prevista.

Envíe la Solicitud por medio de Correo Electrónico, Fax o Servicio de Correos Postal a:

Correo Electrónico: RADREFUND@comp.state.md.us

Fax: 410-260-7890

Mail: Comptroller of Maryland
 Revenue Administration Division
 Attn: Refund Unit
 P.O. Box 1829
 Annapolis, Maryland 21404-1829