

DATOS PERSONALES

Contribuyente

Nombre Completo		
Direccion		
SSN#	Fecha De Nacimiento (MM/DD/YYYY)	Telefono
Email		Ocupación
Estado Civil ☐ SOLTERO/A ☐ CASADOS Declaran Juntos ☐ CASADOS Declaran Separados ☐ CABEZA DE FAMILIA ☐ DIVORCIADO/A ☐ VIUDO/A		
Marque Si Corresponde ☐ ESTUDIANTE ☐ MILITAR ☐ DESHABILITADO		

Conyuge

Nombre Completo		
SSN#	DOB (MM/DD/YYYY)	Telefono
Email	Marque Si Corresponde ☐ ESTUDIANTE ☐ MILITAR ☐ DESHABILITADO	

Dependientes

NOMBRE COMPLETO	SSN#	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION	MARQUE SI CORRESPONDE
				☐ Estudiante ☐ Militar ☐ Deshabilitado
				☐ Estudiante ☐ Militar ☐ Deshabilitado
				☐ Estudiante ☐ Militar ☐ Deshabilitado
				☐ Estudiante ☐ Militar ☐ Deshabilitado

PERFIL DE CLIENTE

Marque Si Corresponde	✓	Método De Contacto Preferido	✓
SOY PROPIETARIO DE UNA CASA		TELEFONO	
SOY DUEÑO DE UN NEGOCIO/TRABAJO POR MI CUENTA		MENSAJE DE TEXTO	
DONO A ORGANIZACIONES BENEFICAS		EMAIL	
TENGO INVERSIONES (ACCIONES, CRYPTO, ETC)		CARTA A DOMICILIO	
Usted Tiene Seguro Medico?		Como Fue Informado De Nosotros?	
SI, CON NOSOTROS.		PAGINA WEB	
SI, EN MI TRABAJO.		GOOGLE	
SI, TENGO MEDICAID.		UN AMIGO	
NO TENGO SEGURO MEDICO.		REDES SOCIALES	

Contribuyente

Conyuge

Fecha

Fecha