

## Formulario de Información Cliente

**Nota:** Nuevos clients por favor completan el formulario completo. Clientes que regresan indican sólo donde hay cambios, información de seguro médico e información de dependientes

<b>Nombre:</b> (Como aparece en la tarjeta de seguro social o ITIN)		<b>Estado Civil (casada o soltera):</b>	
<b>Fecha de Nacimiento:</b>		<b>Ocupación:</b>	
<b>Número de Seguro Social:</b>		<b>Teléfono móvil:</b>	
<b>Dirección domicilio:</b>		<b>Correo electrónico:</b>	

<b>Nombre de esposo:</b> (Primer, Segundo Nombre y Apellido)		<b>Ocupación:</b>	
<b>Fecha de Nacimiento:</b>		<b>Teléfono móvil:</b>	
<b>Número de Seguro Social:</b>		<b>Correo electrónico:</b>	

Nombre de Dependes (Primer, Inicial del Segundo Nombre y Apellido)	Fecha de Nacimiento	Número de Segur Social de Dependes (Si reclama por primera vez)	Relación	Años Viviendo en Su Casa

Si es necesario puede proporcionar registros médicos y / o escolares que muestren que los dependientes viverion con usted?    **Si**     **No**

Si otro contribuyente puede reclamar a usted o su pareja como dependiente? Si  No

**DEBE PROPORCIONAR PRUEBA DE COBERTURA DE SEGURO DE SALUD**

El IRS requiere que usted informe cierta información relacionada con su cobertura de atención médica en su declaración de impuestos 2023. **Usted tenía cobertura calificada de salud, como cobertura patrocinada por el empleador o cobertura patrocinada por el gobierno (es decir, Medicare / Medicaid) para cada mes de 2023 para usted, su cónyuge (si presenta una declaración conjunta) y alguien que puede reclamar como dependiente?**

\_\_\_\_\_ Si / No \_\_\_\_\_

**Se inscribió para la cobertura de Marketplace a través de [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov) bajo la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio? En caso afirmativo, proporcione cualquier Formulario (s) que haya recibido.**

\_\_\_\_\_ Si / No \_\_\_\_\_