

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

| | | | |
|---|--|--|--|
| Nombre: (Como aparece en la tarjeta de seguro social o ITIN) Fecha de Nacimiento: Número de Seguro Social: Dirección domicilio: | | Estado Civil (casado o soltero): Ocupación: Teléfono móvil: Correo electrónico: | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| Nombre de esposa: (Primer, Segundo Nombre y Apellido) Fecha de Nacimiento: Número de Seguro Social: | | Ocupación: Teléfono móvil: Correo electrónico: | |
| | | | |
| | | | |

| Nombre de Dependes (Primer, Segundo Nombre y Apellido) | Fecha de Nacimiento | Número de Seguro Social de Dependiente | Relación | Años Viviendo en Su Casa |
|---|---------------------|--|----------|--------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Si es necesario puede proporcionar registros médicos y / o escolares que muestren que los dependientes viven 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 2025. **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 2024 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 bajo la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio? En caso afirmativo, proporcione cualquier Formulario (s) que haya recibido.

_____ Si / No _____