

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)		Estado Civil (casado o soltero):	
Fecha de Nacimiento:		Ocupación:	
Número de Seguro Social:		Teléfono móvil:	
Dirección domicilio:		Correo electrónico:	

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

Nombre de Dependes (Primer, Segundo Nombre y Apellido)	Fecha de Nacimeinto	Número de Segur Social de Depende	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 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 _____