

## CLIENT INTAKE FORM

# INDIVIDUAL



Please complete the questions completely and legibly.

### TAXPAYER BASIC INFORMATION

Full Name	:		
Full Address	:		
E-Mail	:		Phone : <input type="text"/>
Date Of Birth	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D D M M Y Y	SSN : <input type="text"/>
Occupation	:		
Check one	:	<input type="checkbox"/> Returning Client <input type="checkbox"/> New Client	Referred by: <input type="text"/>

### Income: please select all that apply | upload all documents

<input type="checkbox"/> W2 / Wages Income	<input type="checkbox"/> 1099G- Unemployment Income
<input type="checkbox"/> 1099NEC / Contractor Income	<input type="checkbox"/> Household Income (Nanny/Home Health)
<input type="checkbox"/> 1099k   Self-Employment Income	<input type="checkbox"/> Interest Income (1099INT, 1099DIV)
<input type="checkbox"/> 1098T Filer (College Credit)	<input type="checkbox"/> Self-Employment Income
<input type="checkbox"/> No-Income	<input type="checkbox"/> Others <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cryptocurrency	<input type="checkbox"/> Others <input type="text"/>

### Dependents

Full Name : <input type="text"/>	Full Name : <input type="text"/>
Relationship : <input type="text"/> Disabled : <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Relationship : <input type="text"/> Disabled : <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Date Of Birth : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D D M M Y Y SSN : <input type="text"/>	Date Of Birth : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D D M M Y Y SSN : <input type="text"/>
Full Name : <input type="text"/>	Full Name : <input type="text"/>
Relationship : <input type="text"/> Disabled : <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Relationship : <input type="text"/> Disabled : <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Date Of Birth : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D D M M Y Y SSN : <input type="text"/>	Date Of Birth : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D D M M Y Y SSN : <input type="text"/>
Full Name : <input type="text"/>	Full Name : <input type="text"/>
Relationship : <input type="text"/> Disabled : <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Relationship : <input type="text"/> Disabled : <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Date Of Birth : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D D M M Y Y SSN : <input type="text"/>	Date Of Birth : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D D M M Y Y SSN : <input type="text"/>