

CLIENT INTAKE FORM

INDIVIDUAL



Please complete the questions completely and legibly.

TAXPAYER BASIC INFORMATION

Full Name :

Full Address :

E-Mail : Phone :

Date Of Birth : SSN :
 D D M M Y Y

Occupation :

Check one : Returning Client New Client Referred by:

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