



David Tucker CPA, PC
 223 W Anderson Lane, Suite A100
 Austin, TX 78752
 (512) 462-3656

Demographics

Taxpayer Information

Spouse Information

First Name:		MI:
Last Name:		
SSN/ ITIN: - -	D.O.B: ____/____/____	
	D.O.D: ____/____/____	
Occupation:		
Email:		
Phone Number (Best # to call: _____)		
Cell:		
Work:		
Home:		

First Name:		MI:
Last Name <i>(if different from Taxpayer)</i> :		
SSN/ ITIN: - -	D.O.B: ____/____/____	
	D.O.D: ____/____/____	
Occupation:		
Email:		
Phone Number (Best # to call: _____)		
Cell:		
Work:		
Home:		

Mailing Address		
Address:		
City:	State:	Zip Code:

Dependent Information

Name <i>(include last name if different)</i>	SSN/ITIN	D.O.B	Relationship	Months lived in home

Health Insurance

Health Insurance? <i>(Please Circle)</i>	YES		NO		
If yes, how obtained <i>(Please Circle)</i>	Marketplace		Employer		Private
Full year coverage:	YES	NO	All covered under plan?	YES	NO
If NO, what months not covered? <i>(Please Circle)</i>			If no, list whom below:		
JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN
JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC

For Office Use Only					
Date In: ____/____/____			Price Quoted: \$ _____		
Time In: _____ AM/PM <i>(Circle One)</i>			Tax Preparer:		
Refund Method <i>(Circle One)</i>			New Client <i>(Circle One)</i> : Yes No		
Paper Check	Direct Deposit	Bank Product	Filing Status <i>(Circle One)</i>		
			Single	HOH	MFJ
			MFS	QW	



David Tucker CPA, PC
 223 W Anderson Lane, Suite A100
 Austin, TX 78752
 (512) 462-3656

Información

Información del Contribuyente

Información del Esposa(o)

Nombre:		MI:
Apellido:		
SSN/ ITIN:	Fecha de Nac.: ___/___/___	
-	-	
Fecha de Falle: ___/___/___		
Ocupación:		
Correo Electrónico:		
Número de Teléfono (Numero principal: _____)		
Celular:		
Trabajo:		
Hogar:		
Domicilio		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Nombre:		MI:
Apellido <i>(si diferente al contribuyente)</i> :		
SSN/ ITIN:	Fecha de Nac.: ___/___/___	
-	-	
Fecha de Falle: ___/___/___		
Ocupación:		
Correo Electrónico:		
Número de Teléfono (Numero principal: _____)		
Celular:		
Trabajo:		
Hogar:		
Domicilio		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Información de Dependes

Nombre <i>(incluya el apellido si diferente)</i>	SSN/ITIN	Fecha de Nacimiento	Relación	Meses viviendo en el hogar

Seguro Medico

¿Tiene Seguro Médico? <i>(Circule uno)</i>		SI		NO			
Si, Como lo obtuvieron <i>(Circule Uno)</i>		Mercado		Empleador		Privado	
¿Cobertura todo el Año?		SI	NO	¿Todos cubiertos en el plan?		SI	NO
NO, circule meses sin cobertura				Enliste quien no fue cubierto:			
ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN		
JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC		

For Office Use Only				
Date In: ___/___/___			Price Quoted: \$ _____	
Time In: _____ AM/PM <i>(Circle One)</i>			Tax Preparer:	
Refund Method <i>(Circle One)</i>			New Client <i>(Circle One)</i> : Yes No	
Paper Check	Direct Deposit	Bank Product	Filing Status <i>(Circle One)</i>	
			Single	HOH MFJ MFS QW