

GOAL GETTERS FINANCIAL TAX INFO SHEET

ALL INFORMATION GIVEN IS FOR INCOME TAX PURPOSES ONLY AND WILL BE KEPT CONFIDENTIAL

DATE: _____

(FECHA)

TAXPAYER INFORMATION

SOCIAL SECURITY NUMBER: _____

(NUMERO SEGURO SOCIAL)

SPOUSE'S SSN: _____

(NUMERO SEGURO SOCIAL DE SU PAREJA)

DATE OF BIRTH: _____

(FECHA DE NACIMIENTO)

MALE FEMALE

SPOUSE'S DOB: _____

(FECHA DE NACIMIENTO DE DU PAREJA)

MALE FEMALE

NAME: _____

(NOMBRE)

SPOUSE'S NAME: _____

(NOMBRE DE SU PAREJA)

OCCUPATION: _____

(OCCUPACION)

SPOUSE'S OCCUPATION: _____

(OCCUPACION DE SU PAREJA)

HOME/WORK PHONE: _____

(TELEFONO DE CASA/TRABAJO)

SPOUSE'S HOME/WORK : _____

(TELEFONO DE CASA/TRABAJO DE SU PAREJA)

CELL PHONE: _____

(TELEFONO CELULAR)

SPOUSE'S CELL: _____

(TELEFONO CELULAR DE SU PAREJA)

E-MAIL ADDRESS: _____

(CORREO ELECTRONICO)

SPOUSE'S E-MAIL ADDRESS: _____

(CORREO ELECTRONICO DE SU PAREJA)

ADDRESS: _____

(DIRECCION)

DO YOU HAVE A RETIREMENT PLAN? YES NO

(TIENE UN PLAN DE RETIRO)

DIRECT DEPOSIT INFORMATION

BANK NAME: _____

(NOMBRE DE BANCO)

ACCOUNT TYPE: CHECKING SAVINGS

(CUENTA)

ROUTING NUMBER: _____

(NUMERO DE ROUTA)

ACCOUNT NUMBER: _____

(NUMERO DE CUENTA)

HEALTH INSURANCE INFORMATION

DID YOU HAVE HEALTH INSURANCE FOR THE 2020 TAX YEAR? YES NO

(USTED TENÍA SEGURO MEDICO PARA EL AÑO 2020)

HOW DID YOU OBTAIN INSURANCE?

(CÓMO OBTUVO SEGURO)

EMPLOYER MEDICAID MEDICARE MARKET PLACE PRIVATE COVERAGE EXEMPT OTHER

DEPENDENT INFORMATION

DEPENDENTS NAME

(NOMBRE DE DEPENDIENTES)

D.O.B.

(FECHA DE NACIMIENTO)

S.S. #

(SEGURO SOCIAL)

RELATIONSHIP

(RELACION)

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____