



Customer Data Form

TAXPAYER

First Name	<input type="text"/>	Last Name	<input type="text"/>
DOB	<input type="text"/>	SSN	<input type="text"/>
Phone	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>
Occupation	<input type="text"/>	Employer	<input type="text"/>

SPOUSE

First Name	<input type="text"/>	Last Name	<input type="text"/>
DOB	<input type="text"/>	SSN	<input type="text"/>
Phone	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>
Occupation	<input type="text"/>	Employer	<input type="text"/>

ADDRESS

Address	<input type="text"/>		
City	<input type="text"/>	State	<input type="text"/>
		Zip	<input type="text"/>

DEPENDENT 1

Name	<input type="text"/>	Relationship	<input type="text"/>
DOB	<input type="text"/>	SSN	<input type="text"/>

DEPENDENT 2

Name	<input type="text"/>	Relationship	<input type="text"/>
DOB	<input type="text"/>	SSN	<input type="text"/>

DEPENDENT 3

Name	<input type="text"/>	Relationship	<input type="text"/>
DOB	<input type="text"/>	SSN	<input type="text"/>

DEPENDENT 4

Name	<input type="text"/>	Relationship	<input type="text"/>
DOB	<input type="text"/>	SSN	<input type="text"/>

ADDITIONAL NOTES