



Partners' Identifying Information

Attachment to Form IT-204

Page _____ of _____

Name and address (as shown on Form IT-204)		Employer identification number			
(A) For each identifying number, enter name (first, middle initial, last) on first line; enter home address on second line.	(B) Identifying number (SSN or EIN)	(C) Percentage of ownership	(D) Check if resident		
			NYS	NYC	Yonkers
1	1				
2	2				
3	3				
4	4				
5	5				
6	6				
7	7				
8	8				
9	9				
10	10				
11	11				
12	12				
13	13				
14	14				
15	15				
16	16				
17	17				
18	18				
19	19				
20	20				

(continued on back)



	(A) For each identifying number, enter name (first, middle initial, last) on first line; enter home address on second line.	(B) Identifying number (SSN or EIN)	(C) Percentage of ownership	(D) Check if resident		
				NYS	NYC	Yonkers
21		21 <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22		22 <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23		23 <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24		24 <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25		25 <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26		26 <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27		27 <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28		28 <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29		29 <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30		30 <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31		31 <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32		32 <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33		33 <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34		34 <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35		35 <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36		36 <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37		37 <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38		38 <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39		39 <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40		40 <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>