



\*2402127\*

Entity Name:

Federal EIN:

Period Covered:    
MM DD YYYY MM DD YYYY

**Listing of owners participating in composite filing - File with Form 1040C-ME**

	1. Name of Participating Owner (Last, First, MI if individual)	2. SSN/EIN	3. Check Here if EIN	4. Distributive Share %	5. Owner's Distributive Share of Entity's Maine Net Income (If negative, enter \$0)
a.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> %	<input type="text"/> .00
b.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> %	<input type="text"/> .00
c.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> %	<input type="text"/> .00
d.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> %	<input type="text"/> .00
e.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> %	<input type="text"/> .00
f.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> %	<input type="text"/> .00
g.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> %	<input type="text"/> .00
h.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> %	<input type="text"/> .00
i.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> %	<input type="text"/> .00
j.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> %	<input type="text"/> .00
k.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> %	<input type="text"/> .00
l.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> %	<input type="text"/> .00
m.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> %	<input type="text"/> .00
n.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> %	<input type="text"/> .00
o.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> %	<input type="text"/> .00
p.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> %	<input type="text"/> .00
6.	Total of column 5 amounts listed on this page.....6.				<input type="text"/> .00
7.	Total of line 6 for <b>ALL</b> pages. (Enter here and on Form 1040C-ME, Line 1.).....7.				<input type="text"/> .00