





## 6 - 收入 (續)

**附註：**未能附上以下費用的已付帳單/發票可能會導致您的申請需花費更長處理或費用不會被扣除。



**扣除額：**包括您和您的配偶或同居伴侶支付且未由保險或其他組織或提供者報銷的金額。**應得扣除額**的解釋請參照最後一頁(4)。

### 第 II 部份 - 未有報銷費用 (扣除額)

2022 年已付

1. 護老院、生活救助或成人家庭住宿	\$
2. 家庭保健	\$
3. 處方藥	\$
4. Medicare A、B、C、D 部分保險費 (尚未扣除上述收入)	\$
5. Medicare 補充/Medigap 保險費	\$
6. 耐用的醫療和行動輔助設備和義肢裝置	\$
7. 醫用氧氣	\$
8. 長期護理保險	\$
9. 費用分攤金額	\$
10. 霧化器	\$
11. 礦物、動物和植物來源的藥物，由根據華盛頓法律許可的自然療法醫生處方、管理和分發	\$
12. 造口手術用品	\$
13. 人體用胰島素	\$
14. 腎透析裝置	\$
15. 用於運送供人類使用的藥物的一次性裝置	\$
16. 收入調整 (表格 1040, 第 10 行-> 附表 1-第二部分-第 26 行) 附上附表 1 第一部分及第二部分	\$
<b>2022 年扣除額合計</b>	\$
(您的收入小計 - (減去) 總扣除額) = <b>2022 年淨總收入</b>	\$

最高合併 (淨) 總 (2022 年) 收入 = \$58,423

## 7 - 認證/簽署：

簽署本表格，即表示本人確認：

- 已完成此表格的收入部分，並包含所有收入證明。
- 我理解，如我的收入或情況發生變化，我有責任通知 King County 評估辦公室，並且透過錯誤資料給予的任何豁免均須遵守過去五年評估的正確稅款，外加 100% 的罰款。
- 本人聲明，本申請表及隨附文件的資料為真實且完整，若有不實，願受偽證處罰。
- 根據 RCW 84-69-020 的規定，對於因錯誤、疏忽或缺乏關於根據 RCW 84.36.381 至 389 繳納物業稅的知識，而支付或多付的稅款申請退款。

申請人簽署：



日期：

① 為確保安全，請勿電郵您的個人資料和申請至我們的辦公室。

① 建議您在將文件郵寄到我們的辦公室之前，對您的社會安全號碼及所有帳號進行編撰 (用標記筆覆蓋)。

## **未核銷費用（扣除額）：**

（按照第 3 頁第 5 節第二部分費用工作表上出現的順序進行說明）

1. **輸入護老院、生活救助設施或成人家庭住宿費用。**為輸入的金額提供已付發票或同等文件的副本。
2. **輸入家庭醫療保健費用。**家庭保健是指在家中接受的治療或護理，類似於在護老院的正常治療或護理過程中提供的護理服務。根據相關規定，家庭醫療保健提供者無需獲得許可即可扣除費用。**符合條件的費用可能包括：**在家中接受的物理治療、在家中接受的醫療或護理、照護人員、簡單家務、送餐到府或生命警報裝置。為輸入的金額提供已付發票或同等文件的副本。
3. **請輸入為處方藥支付的金額。**提供您藥房的年結單，顯示您為未核銷處方藥自費支付的費用。
4. **請輸入為 Medicare A、B、C 或 D 部分保險費支付的金額。**為輸入的金額提供 SSA-1099、發票或同等文件的副本。
5. **請輸入為獲批的 Medicare 補充保險費支付的金額。**提供標明保險公司、計劃編號及已付保費的文件副本。
6. **輸入為耐用醫療設備、行動輔助設備和義肢裝置支付的金額。**可扣減額包括購買、租借、維修、清潔、更換零件等。**請查看 WAC 458-20-18801 表 1、3 和 5 中的合格項目。**請提供輸入金額的收據或發票。
7. **輸入為醫療處方氧氣支付的金額，包括但不限於氧氣濃縮器系統、氧氣濃縮器系統、液氧系統及氣態瓶裝氧氣系統。**提供輸入金額的收據或已付發票。
8. **請輸入長期護理保險費的支付金額。**為輸入的金額提供已付發票或同等文件。
9. **請輸入為費用分攤支付的金額。費用分攤金額包括免賠額、共同保險、健康計劃投保者的共同支付；計入計劃自付費用最高限額的金額。**提供一份承保摘要，以證明輸入的自付費用最高金額。確保上面印有您的名字。
10. **輸入為霧化器支付的金額；這是一種裝置（而不是建築內部的固定裝置），能夠將液體藥物轉化為霧氣，以便吸入。**提供輸入金額的收據或已付發票。
11. **請輸入由根據華盛頓法律獲得許可的自然療法醫師處方、管理、分配的礦物、動物和植物來源藥物的支付金額。**提供輸入金額的收據或已付發票。包括治療計劃的副本、自然療法醫生的姓名及其華盛頓執照號碼。
12. **請輸入為造口手術用品支付的金額：結腸造口術、迴腸造口術和泌尿造口術患者使用的一次性醫療用品，包括袋子、固定袋子的腰帶、膠帶、管子、黏合劑、除臭劑、肥皂、果凍、軟膏、殺菌劑和其他類似用品。不包括用於保護內衣、海綿或橡膠片的內衣、護墊及防護罩。**提供識別項目及支付金額的收據或發票。
13. **輸入為人用胰島素支付的金額。**提供識別項目及支付金額的收據或發票。
14. **請輸入為腎透析裝置支付的金額。**提供識別項目及支付金額的收據或發票。
15. **請輸入為用於輸送藥物（如注射器、管子或導管）的一次性設備支付的金額。不包括固定管道或導管的支架或裝置。**提供識別項目及支付金額的收據或發票。
16. **收入調整。**請參閱您的聯邦表格 1040 第 10 行。此金額應來自您的表格 1040 附表 1 第二部分第 26 行。提供完整的 1040 副本，包括附表 1。

**請將您的申請表和編輯後的文件郵寄至：**

**Department of Assessments**

**KSC – AS – 0708**

**201 S. Jackson St., Room 708**

**Seattle, WA 98104**