



Department of Assessments
KSC-AS-0708
201 South Jackson St., Room 708
Seattle, WA 98104-3854
206-296-3920

Пожилые и люди с ограниченными возможностями
Снижение налога на недвижимое имущество
Подайте заявление финансовому инспектору округа Кинг согласно RCW 84.36
В отношении налогов на недвижимое имущество, подлежащих выплате в 2023 г. 2022 г. Необходимые документы о доходах

Максимальный совокупный (чистый) Общий (2022 г.) доход = 58 423\$

1 - Тип заявления (отметьте ОДИН вариант или оставьте поле пустым, если не знаете тип):

- Новый (или программа взаимозачета работы и уплаты налогов в течение более чем 1 года)
- Восстановление (только программа взаимозачета работы и уплаты налогов в течение 1 года)
- Перевод из участка № _____ в _____ округ.
- Изменение статуса: Излишний доход Изменение дохода Семейное положение
 Владение имуществом Использование имущества

2 - Данные заявителя:

Заявитель: _____ Дата рождения: _____
Имя Среднее имя Фамилия

Супруг(-а)/гражданский партнер/соарендатор: _____ Дата рождения: _____

i Соарендатор = совладелец, который живет за счет своей собственности

Я: (отметьте соответствующее поле): В браке

Вдовец/вдова (приложите копию свидетельства о смерти)

Живу один(-на) Разведен(а)/Раздельное проживание (копия решения суда при наличии такового)

Физический адрес: _____ Город: _____ Индекс: _____

Почтовый адрес (если отличается от указанного выше): _____

Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Домашний телефон: _____ Сотовый телефон: _____ Электронная почта: _____

3 - Возраст/инвалидность: (Необходимо предъявить удостоверение личности: например, удостоверение штата, водительские права, паспорт)

По состоянию на 31-е декабря 2022 года мне не менее 61 года. (Приложите копию удостоверения личности)

Мне нет 61 года, но я получил(а) уведомление с подтверждением инвалидности, которое вступило в силу до 31 декабря 2022 года.

Действительная дата наступления моей инвалидности: _____

(Приложите копию письма о получении статуса инвалида, присвоенного администрацией по вопросам социального обеспечения (SSI Award), или декларации с подтверждением статуса инвалида (Proof of Disability), заполненной вашим врачом).

Мне нет 61 года, но я ветеран, и мое состояние оценено как имеющее отношение к прохождению мною службы на 80 %, либо ветеран, получающий компенсацию в связи с инвалидностью, полученной на службе, по ставке 100 %. (Приложите копию сертификата о компенсации от администрации по делам ветеранов VA/Письмо о предоставлении помощи)

Мне нет 61 года, но я оставшийся(-аяся) супруг(а) или гражданский партнер лица, который ранее имел право на освобождение от уплаты налога, и мне было не менее 57 лет в году, когда мой супруг(а) или гражданский партнер скончался(-лась).

4 - Данные объекта недвижимости:

Номер учётной записи для выплаты налога на имущество: _____

- Тип жилья (выбрать один пункт): Одноквартирное жилье
 Однокорпусное жилье или многоквартирное жилье (дуплекс или кондоминиум)
 Жилищный кооператив Передвижное жилье на стоянке трейлеров

Объект собственности включает в себя:

- Моё основное место жительства и не более одного акра земли.
 Мое основное место жительства и более одного акра земли.

Этот объект недвижимого имущества находится в доверительном управлении (траст): Нет

Если «да», приложите договор о доверительном управлении (трасте).

Я использую жилье в коммерческих целях: Нет

Да, укажите примерную площадь в квадратных футах, которую вы используете в коммерческих целях:
_____ кв. футов.

Я сдаю в аренду часть жилья: Нет

Да, укажите примерную площадь в квадратных футах, которую вы сдаете в аренду _____ кв. футов.

5 - Владение недвижимым имуществом, использование недвижимого имущества: **Приложите КОПИЮ документа о ПОКУПКЕ, если применимо**

Дата приобретения объекта недвижимости: _____

Дата занятия объекта недвижимости: _____

Отметьте одно поле: Я являюсь владельцем Я имею право на пожизненное пользование
 Я являюсь пожизненным арендатором данного объекта недвижимого имущества.

Я занимал(а) данный объект недвижимого имущества: Более 6 месяцев в прошлом году (2022 г.).

Менее 6 месяцев в прошлом году (2022 г.).

Я владею ещё одним объектом недвижимого имущества: Да Нет

Если да, где: _____

Я ранее пользовалась(-лся) правом на освобождение от налога: Да Нет

Если «да», когда: _____ где: _____

Я продал(-а) свое прежнее жилье: Да Нет

Если «да», когда: _____

Я продал(-а) другой объект недвижимого имущества в 2022 году. Да Нет

Если да, где: _____

6 - Доход (совокупный реальный) — **Необходимы документы с указанием дохода за 2022 год**

ПОДСЧЕТ СОВОКУПНОГО РЕАЛЬНОГО ДОХОДА ПОСЛЕ УПЛАТЫ НАЛОГОВ: Предельный максимальный доход: 58 423\$. Приложите копию заполненной налоговой декларации для налогового управления (IRS), формы W-2, декларации по социальному страхованию (Social Security), копии всех форм 1099, а также укажите данные о доходе супруга(-и)/гражданского партнера или совладельца. Хотя необходимо раскрыть информацию обо ВСЕХ источниках дохода, не все источники дохода учитываются при окончательном расчете дохода. **Все налоговые отчетные документы, подготовленные и поданные самостоятельно, ДОЛЖНЫ подтверждаться документами (W-2, 1099, SSA-1099 и т. д.).**



Если вы не получаете доход, приложите документацию, в которой указано, как вы оплачиваете ежедневные расходы, включая, в том числе выписки о состоянии банковского счета за период с января по декабрь 2022 г.

Должны ли вы подавать федеральную налоговую декларацию?

Да Нет

Часть I — Ведомость подсчета совокупного реального дохода	Доход за 2022 год
Заработанная плата, жалование, чаевые (форма 1040, строка 1) — приложите форму(ы) W-2	\$
Чистая социальная помощь (без учета Medicare) — приложите форму SSA-1099	\$
Ветеранские (VA) льготы по инвалидности и (или) финансовая помощь инвалидам — приложите письмо о выделении помощи от администрации по делам ветеранов или письмо о предоставлении помощи по социальному страхованию (SS)	\$
Пенсионный доход, доход от страхования пенсии — (форма 1040, строка 5a/5b) — приложите формы 1099	\$
Инвестиционный пенсионный счет (IRA) (налогооблагаемая сумма) (форма 1040, строка 4b) — приложите формы 1099	\$
Компенсация по безработице (форма 1040, приложение 1, строка 7) — приложите Приложение 1 и 1099-G	\$
Налогооблагаемый и освобожденный от налогов доход от процентов и/или дивидендов (форма 1040, строки 2a, 2b и 3b) - приложите форму(-ы) 1099-INT и форму(-ы) 1099-DIV	\$
Доход от коммерческой деятельности до амортизации — (форма 1040, приложение 1, строка 3) — приложите Приложение 1 и С	\$
Итого доход с капитала. НЕ вычитать убытки. (Форма 1040, строка 7) — если необходимо, приложите Приложение D	\$
Доход от сдачи имущества в аренду до амортизации — (форма 1040, приложение 1, строка 5) — приложите Приложение 1 и E	\$
Доход от деятельности трастов, товариществ, недвижимого имущества или роялти	\$
Налогооблагаемый и освобожденный от налогов доход от облигаций	\$
Выигрыши в азартные игры — (форма 1040, приложение 1, строка 8b) — приложите Приложение 1 и форму W2-G	\$
Полученная государственная помощь и алименты — приложите сертификат о назначении	\$
Деньги, полученные из-за рубежа — приложите документы, подтверждающие доход	\$
Денежные средства, полученные от членов семьи — приложите письмо или декларацию члена семьи	\$
Деньги, заработанные совладельцем — приложите копии документов о доходах со скрытыми идентификационными данными	\$
Доход за 2022 г. Предварительный итог:	\$

ПРИМЕЧАНИЕ: Если вы не приложите все документы о доходах, возможны задержки при рассмотрении вашего заявления, либо оно может быть отклонено.

6 — Доход (продолжение)

ПРИМЕЧАНИЕ: Отсутствие приложенных подтверждений оплаты/счетов, относящихся к перечисленным ниже затратам, может стать причиной задержек в обработке вашего заявления или же привести к тому, что затраты не будут вычтены.



Вычеты: Укажите суммы, оплаченные вами или вашим супругом/вашей супругой или гражданским партнером, которые НЕ были компенсированы страховыми компаниями или прочими организациями или поставщиками услуг. Разъяснения в отношении приемлемых вычетов приведены на последней странице (4).

Часть II — Невозмещаемые расходы (ВЫЧЕТЫ)

Оплаченные в 2022 г.

1. Проживание в пансионате с медсестринским уходом, проживание с уходом или услуги семейного дома престарелых	\$
2. Уход на дому	\$
3. Рецептурные препараты	\$
4. Страховые взносы Medicare в частях A, B, C, D (которые не были удержаны в соответствии с пунктами выше)	\$
5. Страховые взносы по дополнительным полисам Medicare/Medigap	\$
6. Медицинское оборудование длительного пользования, оборудование, улучшающее мобильность, и протезы	\$
7. Назначенный врачом медицинский кислород	\$
8. Страховое покрытие долгосрочного ухода	\$
9. Суммы участия в расходах	\$
10. Ингаляторы	\$
11. Лекарства минерального, животного и растительного происхождения, назначаемые, принимаемые, выдаваемые натуропатом, лицензированным в соответствии с законодательством штата Вашингтон	\$
12. Остомические предметы	\$
13. Инсулин для медицинского применения	\$
14. Аппараты для почечного диализа	\$
15. Одноразовые устройства для доставки лекарств для применения человеком	\$
16. Корректировки дохода (форма 1040, строка 10-> Приложение 1, Часть II, строка 26) Приложите Приложение 1, Части I и II	\$
2022 г. Итоговая сумма вычетов	\$
(Предварительный итог по доходу – (минус) итоговая сумма вычетов) = 2022 г. ОБЩИЙ ДОХОД НЕТТО	\$

Максимальный совокупный (чистый) Общий (2022 г.) доход = 58 423\$

7 - Декларация/подпись:

Подписывая настоящую форму, я подтверждаю следующее:

- Мною заполнена часть этой формы, относящаяся к доходу; все подтверждения дохода приложены.
- Я понимаю, что несу ответственность за своевременное уведомление финансового инспектора округа Кинг о любых изменениях в доходе или в обстоятельствах, а также понимаю, что любые исключительные условия, права на которые были получены в результате предоставления недостоверной информации, подлежат пересмотру с применением надлежащей ставки налога на последние пять (5) лет, а также наложением 100 % штрафа.
- Под страхом обвинения в лжесвидетельстве я заявляю, что информация, приведенная в настоящем пакете документов, является достоверной и исчерпывающей.
- Я запрашиваю компенсацию на основании положений RCW 84-69-020 в отношении налогов, уплаченных или переплаченных в результате ошибки, непреднамеренных действий или отсутствия информации по вопросу освобождения от уплаты налога на недвижимое имущество в соответствии с RCW 84.36.381 - 389.

Подпись заявителя: _____ **Дата:** _____

- ① В целях безопасности **НЕ ОТПРАВЛЯЙТЕ ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ** личную информацию и заявление в наше учреждение.
- ① Мы рекомендуем вам удалить (закрасить маркером) ваш номер в системе социального страхования и все номера счетов, указанные в ваших документах, перед тем, как отправлять их в наш офис.

Невозмещаемые затраты/вычеты:

(Разъяснения приведены в порядке положения в расходной ведомости в Разделе 5, Часть II на странице 3)

1. **Введите расходы, понесенные в связи с проживанием в пансионате с медсестринским уходом, в учреждении для проживания с уходом или в семейном доме престарелых.** Приложите копии оплаченных квитанций или соответствующие документы, подтверждающие указанные суммы.
2. **Укажите расходы, понесенные в связи с получением ухода на дому.** Уход на дому — это лечение или обслуживание, полученное в домашних условиях, аналогичное лечению или обслуживанию в пансионате или в доме престарелых. Для вычета расходов на услуги поставщика услуг по уходу на дому могут быть нелицензированными. **Расходы, подлежащие вычету:** физиотерапия на дому, медицинское лечение или уход на дому, услуги сиделки, легкая работа по дому, доставка продуктов, использование системы экстренного оповещения. Приложите копии оплаченных квитанций или соответствующие документы, подтверждающие указанные суммы.
3. **Введите суммы, затраченные на приобретение рецептурных препаратов.** Приложите итоговую годовую декларацию из аптеки, подтверждающую оплату невозмещаемых рецептурных препаратов из собственных средств.
4. **Введите суммы, выплаченные в виде страховых взносов в рамках Medicare, части A, B, C или D.** Приложите копии форм SSA-1099, счета или соответствующие документы, подтверждающие указанные суммы.
5. **Введите суммы, затраченные в рамках оплаты страховых взносов по дополнительным полисам Medicare.** Приложите копии деклараций с указанием данных страховой компании, номера плана и суммы выплаченного страхового взноса.
6. **Введите суммы, выплаченные на медицинское оборудование длительного пользования, оборудование, улучшающее мобильность, и протезы.** Вычету подлежат расходы на приобретение, аренду, ремонт, чистку, запасные части и т. д. **Подлежащее учету оборудование указано в WAC 458-20-18801, таблицы 1, 3 и 5.** Приложите чеки или счета на указанные суммы.
7. **Введите суммы, выплаченные на приобретение рецептурного кислорода, в том числе концентраторов кислорода, систем обогащения кислородом, систем сжижения кислорода и газообразного кислорода/кислорода в баллонах.** Приложите чеки или оплаченные квитанции на указанные суммы.
8. **Введите суммы, выплаченные на страховые взносы по долгосрочному уходу.** Приложите оплаченные квитанции или эквивалентные документы на указанные суммы.
9. **Введите сумму, выплаченную на покрытие долевых платежей. Суммы покрытия расходов включали годовые нестрахуемые минимумы, нестрахуемый процент, долевые платежи для участников медицинского плана; эти суммы засчитывались в максимальный размер самостоятельного покрытия расходов по плану.** Приложите краткую декларацию о покрытии с указанием введенной максимальной суммы самостоятельных выплат. Проверьте: на ней должно быть напечатано ваше имя.
10. **Введите суммы, выплаченные за ингаляторы — устройства, не являющиеся конструкционными элементами зданий, которые преобразуют жидкие медикаменты в туман для дальнейшего вдыхания пациентом.** Приложите чеки или оплаченные квитанции на указанные суммы.
11. **Введите суммы, выплаченные на лекарства минерального, животного и растительного происхождения, назначаемые, принимаемые, выдаваемые натуропатом, лицензированным в соответствии с законодательством штата Вашингтон.** Приложите чеки или оплаченные квитанции на указанные суммы. Приложите копию плана лечения, укажите имя натуропата и номер его лицензии, полученной в штате Вашингтон.
12. **Укажите суммы, выплаченные на остомические предметы: расходные медицинские принадлежности, используемые пациентами после колостомии, илеостомии и уростомии, в частности мешочки, ремни для поддержки мешочков, ленты, трубки, клеящие материалы, дезодоранты, мыло, гели, кремы, бактерицидные средства и прочие подобные принадлежности. Не подлежат учету нижнее белье, прокладки и накладки, предохраняющие нижнее белье, губки или прорезиненные простыни.** Приложите чеки или счета с указанием товаров и оплаченных сумм.
13. **Введите суммы, уплаченные за инсулин для медицинского применения.** Приложите чеки или счета с указанием товаров и оплаченных сумм.
14. **Введите суммы, выплаченные за аппараты для почечного диализа.** Приложите чеки или счета с указанием

товаров и оплаченных сумм.

15. Укажите суммы, выплаченные на одноразовые устройства для подачи лекарств, в частности шприцы, трубки или катетеры. Не подлежат учету стойки или устройства, поддерживающие трубки или катетер. Приложите чеки или счета с указанием товаров и оплаченных сумм.
16. Корректировка дохода. См. федеральную форму 1040, строка 10. Используйте сумму, указанную в Приложении 1 формы 1040, часть II, строка 26. Приложите копию заполненной формы 1040 с Приложением 1.

Отправьте заявление с документами со скрытыми идентификационными данными по адресу:

**Department of Assessments
KSC – AS – 0708
201 S. Jackson St., Room 708
Seattle, WA 98104**