



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

Adultos mayores y personas con discapacidades
Reducción del impuesto sobre bienes inmuebles
Presente su solicitud al valuador del Condado de King según RCW 84.36
Para impuestos sobre bienes inmuebles a pagar en 2023
Se requieren documentos sobre sus ingresos de 2022

Ingreso combinado total (neto) máximo (2022) = \$58,423

1 - Tipo de solicitud (marque UNO o deje en blanco si se desconoce):

- Nueva (o fuera del programa por más de 1 año)
- Reincorporación (fuera del programa solo 1 año)
- Transferencia del lote _____ en el condado de _____.
- Cambio de estatus: Sobre el ingreso Cambio en el ingreso Estado civil Propiedad Ocupación

2 - Información del solicitante:

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Cónyuge/pareja doméstica/coocupante: _____ Fecha de nacimiento: _____

i Coocupante = copropietario que vive en el inmueble

Soy: (marque la casilla apropiada a continuación): Casado(a) Viudo(a) (incluir copia del acta de defunción)
 Soltero(a) Divorciado(a) o separado(a) legalmente (copia del decreto, si lo tiene)

Dirección física: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Dirección postal (si es diferente de la dirección física): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

3 - Edad/Discapacidad: (Se requiere una identificación, como una identificación estatal, licencia de conducir, pasaporte)

- Yo tenía 61 años de edad o más el 31 de diciembre de 2022. **(Se requiere una copia de la identificación)**
- Tengo menos de 61 años de edad, pero he recibido un aviso de determinación de discapacidad en vigor al 31 de diciembre de 2022. La fecha de vigencia de mi discapacidad es el: _____
(Incluya una copia de su carta de asignación de SSI, o un formulario de comprobante de discapacidad contestado por su médico).
- Tengo menos de 61 años de edad, pero soy un veterano con una evaluación de 80% de vinculación al servicio o con compensación a una tasa del 100% debido a una incapacidad vinculada con el servicio.
(Incluya una copia de su carta de compensación/asignación de la VA)
- Tengo menos de 61 años de edad pero soy el cónyuge o pareja doméstica sobreviviente de una persona que previamente recibía esta exención y yo tenía al menos 57 años de edad el año en que mi cónyuge o pareja doméstica falleció.

4 - Información del inmueble:

N.º de cuenta del impuesto sobre inmuebles o del terreno: _____

Tipo de residencia: (seleccione uno): Residencia unifamiliar

Una unidad de una edificación multifamiliar (dúplex o condominio)

Vivienda cooperativa Casa móvil en un parque de casas móviles

Este inmueble incluye: Mi residencia principal y un acre o menos de terreno.

Mi residencia principal y más de un acre de terreno.

Este inmueble está a nombre de un fideicomiso: No Sí, entregue una copia de su fideicomiso.

Utilizo mi residencia para usos comerciales: No Sí, escriba el área aprox. en pies cuadrados que usa con fines comerciales: _____ pies cuadrados.

Alquilo una parte de mi residencia: No Sí, escriba el área aprox. en pies cuadrados que usa para obtener ingresos por alquiler: _____ pies cuadrados.

5 - Propiedad y ocupación del inmueble: **Incluya una COPIA del título de COMPRA si lo tiene**

Fecha de compra del inmueble: _____ **Fecha de ocupación inicial del inmueble:** _____

Marque una opción: Soy el propietario Tengo un arrendamiento de por vida
 Tengo el usufructo vitalicio de esta residencia.

Ocupé la residencia: Más de 6 meses en el año pasado (2022). Menos de 6 meses en el año pasado (2022).

Poseo otro inmueble: Sí No

Si contestó que sí, en dónde: _____

Ya he recibido una exención antes: Sí No

Si contestó que sí, cuándo: _____ dónde: _____

Vendí mi residencia anterior: Sí No

Si contestó que sí, cuándo: _____

Vendí otro inmueble en el año 2022. Sí No

Si contestó que sí, en dónde: _____

6 - Ingresos (disponibles combinados) – **Se requieren documentos de los ingresos de 2022**

CÁLCULO DEL INGRESO DISPONIBLE COMBINADO: Límite máximo de ingresos: \$58,423. Adjunte una copia de su declaración de impuestos del IRS completa, formulario W-2, estado de cuenta del seguro social, copias de todos sus formularios 1099, e incluya los ingresos de su cónyuge/pareja doméstica o copropietario. Aunque debe divulgar TODAS sus fuentes de ingresos, no todas se incluyen en el cálculo final de los ingresos. **Todas las declaraciones de impuestos preparadas por usted DEBEN estar acompañadas por documentos de sustento (W-2, 1099, SSA-1099, etc.).**



Si no recibe ingresos, entregue documentos que muestren cómo paga sus gastos cotidianos incluyendo, entre otras cosas, sus estados de cuenta bancarios de enero a diciembre de 2022.

¿Está obligado a presentar una declaración de impuesto sobre la renta federal? Sí No

| Parte I - Hoja de cálculo de ingresos disponibles combinados | Ingresos de 2022 |
|--|------------------|
| Sueldos devengados, salarios, propinas - (Formulario 1040, línea 1) – Adjuntar formulario(s) W-2 | \$ |
| Seguro social neto (después de deducir Medicare) - Adjuntar formulario SSA-1099 | \$ |
| Beneficios por discapacidad de la VA e ingresos por discapacidad – Adjuntar carta de asignación de la VA o SS | \$ |
| Ingresos por jubilación, pensión, anualidad - (Formulario 1040, línea 5a/5b) – Adjuntar formularios 1099 | \$ |
| IRA (cantidad imponible) (Formulario 1040, línea 4b) – Adjuntar formularios 1099 | \$ |
| Compensación por desempleo – (Formulario 1040, Anexo 1 - línea 7)– Adjuntar Anexo 1 y 1099-G | \$ |
| Intereses y dividendos, imponibles y no imponibles – (Formulario 1040, líneas 2a, 2b y 3b) – Adjuntar formulario(s) 1099-INT y formulario(s) 1099-DIV | \$ |
| Ingresos comerciales antes de la depreciación - (Formulario 1040, Anexo 1 - línea 3) – Adjuntar Anexo 1 y C | \$ |
| Total de ganancias de capital NO deducir pérdidas (Formulario 1040, línea 7) – Adjuntar Anexo D, si se requiere | \$ |
| Ingresos por alquileres antes de la depreciación - (Formulario 1040, Anexo 1 - línea 5)– Adjuntar Anexos 1 y E | \$ |
| Ingresos por fideicomisos, sociedades, herencias o regalías | \$ |

| | |
|--|----|
| Bonos imponibles y no imponibles | \$ |
| Ganancias por juegos de azar – (Formulario 1040, Anexo 1 - línea 8b) – Adjuntar Anexo 1 y formulario W2-G | \$ |
| Asistencia pública y pensión conyugal recibidas – Adjuntar declaración de asignación | \$ |
| Dinero recibido de otro país – Adjuntar documentos comprobantes de ingresos | \$ |
| Dinero recibido de familiares – Adjuntar carta o declaración del familiar | \$ |
| Dinero devengado por el copropietario – Adjuntar copias censuradas de sus documentos de ingresos | \$ |
| Subtotal de ingresos de 2022: | \$ |

NOTA: de no adjuntar los documentos relacionados con sus ingresos podría causar que se demore o deniegue su solicitud.

6 – Ingresos (continuación)

NOTA: de no adjuntar los estados de cuenta y las facturas pagadas por los gastos siguientes, se podría demorar el procesamiento de su solicitud o los gastos no se deducirán.



Deducciones: Incluya los importes pagados por usted y su cónyuge o pareja doméstica que NO fueron reembolsados por el seguro ni por otras organizaciones o proveedores. **Consulte la última página (4) para ver una explicación de las deducciones permisibles.**

Parte II – Gastos no reembolsados (DEDUCCIONES)

Pagados en 2022

| | |
|---|----|
| 1. Casa de reposo, vida asistida u hogar familiar para adultos | \$ |
| 2. Servicios de salud a domicilio | \$ |
| 3. Medicamentos recetados | \$ |
| 4. Primas de seguro de las partes A, B, C y D de Medicare (no incluir si se dedujeron antes) | \$ |
| 5. Primas de seguros suplementarios de Medicare/Medigap | \$ |
| 6. Equipo médico duradero y equipos para mejorar la movilidad y prótesis | \$ |
| 7. Oxígeno recetado por un médico | \$ |
| 8. Seguro de cuidado a largo plazo | \$ |
| 9. Importes de costos compartidos | \$ |
| 10. Nebulizadores | \$ |
| 11. Medicamentos de origen mineral, animal o botánico, que sean recetados, administrados o dispensados por un naturópata con licencia de Washington | \$ |
| 12. Artículos de ostomía | \$ |
| 13. Insulina para consumo humano | \$ |
| 14. Dispositivos de diálisis renal | \$ |
| 15. Dispositivos desechables utilizados para administrar fármacos para uso en seres humanos | \$ |
| 16. Ajustes a los ingresos (formulario 1040, línea 10 -> Anexo 1-Parte II-línea 26) Adjuntar Anexo 1-Partes I y II | \$ |
| Total de deducciones de 2022 | \$ |
| (Su subtotal de ingresos - (menos) el total de deducciones) = INGRESOS TOTALES NETOS DE 2022 | \$ |

Ingreso combinado total (neto) máximo (2022) = \$58,423

7 - Certificación /Firma:

Al firmar el presente formulario, confirmo que:

- He contestado la sección sobre ingresos de este formulario e incluido todos los comprobantes de ingresos.
- Entiendo que me corresponde la responsabilidad de notificar a la Oficina del Valuador del Condado de _____

King si ocurre algún cambio en mis ingresos o mis circunstancias y que todas las exenciones que se concedan debido a información errónea están sujetas a que se aplique el impuesto correcto de los últimos cinco años, más una multa del 100%.

- Declaro bajo pena de perjurio que la información de este paquete de solicitud es verdadera y está completa.
- Solicito un reembolso según las disposiciones de RCW 84-69-020 por los impuestos pagados o sobrepagados por error, accidente o desconocimiento de la exención del pago de impuestos sobre inmuebles en los términos de RCW 84.36.381 a 389.



Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

- ① Por motivos de seguridad, por favor **NO ENVÍE POR CORREO ELECTRÓNICO** su información personal ni su solicitud a nuestra oficina.
- ① Es recomendable que censure (tache con marcador) su número de seguro social y todos los números de cuenta de sus documentos antes de enviarlos por correo a nuestra oficina.

Gastos y deducciones no reembolsados:

(explicados en el orden en el que aparecen en la hoja de cálculo de gastos de la Sección 5, Parte II, en la página 3)

1. **Escriba los gastos incurridos por concepto de casa de reposo, institución de vida asistida u hogar familiar para adultos.** Entregue copias de las facturas pagadas o de documentos equivalentes que cubran los importes escritos.
2. **Escriba los gastos incurridos por servicios de salud a domicilio.** Los servicios de salud a domicilio son tratamientos o atención que reciba en su domicilio y que se asemeje al tipo de atención provista en el curso normal del tratamiento o la atención en una casa de reposo. Los proveedores de servicios de salud a domicilio no tienen que tener licencia para que el costo sea deducible según la disposición. **Los gastos elegibles pueden ser** fisioterapia recibida a domicilio, tratamientos o atención médica recibida a domicilio, cuidado de asistentes, labores domésticas ligeras, comidas a domicilio o alertas de emergencias. Entregue copias de las facturas pagadas o de documentos equivalentes que cubran los importes escritos.
3. **Escriba los importes pagados por medicamentos recetados.** Entregue un estado de cuenta de su farmacia a fin de año, en el que se muestre lo que usted pagó de su bolsillo por medicamentos recetados no reembolsados.
4. **Escriba los importes pagados por las primas de seguro de las partes A, B, C o D de Medicare.** Entregue copias del formulario SSA-1099, facturas o documentos equivalentes que cubran los importes escritos.
5. **Escriba los importes pagados por primas de seguros suplementarios de Medicare aprobados.** Entregue copias de estados de cuenta que identifiquen a la compañía de seguros, el número de plan y las primas pagadas.
6. **Escriba los importes pagados por equipo médico duradero, equipos para mejorar la movilidad y prótesis.** Los importes deducibles incluyen los pagados para su compra, alquiler, reparación, limpieza, refacciones, etc. **Consulte las tablas 1, 3 y 5 de WAC 458-20-18801 para ver los conceptos elegibles.** Entregue recibos o facturas por los importes escritos.
7. **Escriba los importes pagados por oxígeno recetado por un médico, incluyendo, entre otros conceptos, sistemas concentradores de oxígeno, sistemas de enriquecimiento de oxígeno, sistemas de oxígeno líquido y sistemas de oxígeno gaseoso embotellado recetados.** Entregue recibos o facturas pagadas por los importes escritos.
8. **Escriba los importes pagados por primas de seguros de cuidado a largo plazo.** Entregue facturas o documentos equivalentes que cubran los importes escritos.
9. **Escriba el importe pagado por costos compartidos. Los importes por costos compartidos incluyen deducibles, coaseguros y copagos para afiliados a planes de salud; los importes que cuentan para el desembolso personal máximo de los planes.** Entregue un resumen de cobertura que identifique el importe del desembolso personal máximo que escribió. Asegúrese de que tenga su nombre impreso.
10. **Escriba los importes pagados por nebulizadores; un dispositivo, no un equipamiento de un edificio, que convierte un medicamento líquido en una niebla para que pueda inhalarse.** Entregue recibos o facturas pagadas por los importes escritos.
11. **Escriba los importes pagados por medicamentos de origen mineral, animal o botánico, que sean recetados, administrados o dispensados por un naturópata con licencia de Washington.** Entregue recibos o facturas pagadas por los importes escritos. Incluya una copia del plan de tratamiento y el nombre del naturópata y su número de licencia de Washington.
12. **Escriba los importes pagados por artículos de ostomía: suministros médicos usados por pacientes de colostomía, ileostomía y urostomía, que incluyen bolsas, cinturones para sostener las bolsas, cinta adhesiva, tubos, adhesivos, desodorantes, jabones, jaleas, cremas, germicidas y otros suministros similares.** **No incluye** ropa interior, cubiertas absorbentes y protectores para proteger la ropa interior, esponjas o cubiertas de caucho. Entregue recibos o facturas que identifiquen los artículos y los importes pagados.
13. **Escriba los importes pagados por insulina para consumo humano.** Entregue recibos o facturas que identifiquen los artículos y los importes pagados.
14. **Escriba los importes pagados por dispositivos de diálisis renal.** Entregue recibos o facturas que identifiquen los artículos y los importes pagados.
15. **Escriba los importes pagados por dispositivos desechables utilizados para administrar fármacos, como jeringas, tubos o catéteres.** **No incluye** una base o dispositivo que sostenga los tubos o el catéter. Entregue recibos o facturas que identifiquen los artículos y los importes pagados.
16. **Ajustes a los ingresos.** Consulte su formulario federal 1040, línea 10. Este importe debe tomarse del anexo 1 de su formulario 1040, Parte II, línea 26. Entregue una copia de su formulario 1040 completo, incluyendo el anexo 1.

Envíe su solicitud y los documentos censurados por correo a:

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