



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

고령자 및 장애인  
부동산세 감면  
RCW 84.36 에 따라 킹(King) 카운티 세액 사정인에게 제출  
**2024 년 부동산세용**  
**2023 년 소득 서류 필요**

최대 합산 (순)소득 (2023 년) = \$84,000

## 1 - 신청 유형(하나를 선택하거나, 알 수 없는 경우 공란으로 비워주세요):

신규(또는 1 년 이상 프로그램에서 제외된 경우)

New (or off program for **more** than 1 year)

복직 (1 년간 프로그램에서 제외된 경우)

Reinstatement (only off program 1 year)

\_\_\_\_\_ 카운티의 필지 번호 \_\_\_\_\_ 에서 양도.  
parcel # in county county transfer from

상태 변경:     초과 소득     소득 변화     혼인 여부     소유     점유  
Status Change:    Over income    Change in income    Marital status    Ownership    Occupancy

## 2 - 신청인 정보:

신청인 이름: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_  
Applicant name: *이름* *가운데 이름* *성* Date of Birth:  
*First* *Middle* *Last*

배우자/동거인/공동 세입자: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_  
Spouse/domestic partner/Co-tenant: Date of Birth:

**i** 공동 세입자 = 부동산에 거주하는 공동 소유자  
Co-tenant = co-owner who lives on property

혼인 상태: (해당하는 상자에 체크해주시시오):  기혼     사별(사망 증명서 포함)  
I am: (check appropriate box): Married Widowed (include copy of death cert.)  
 미혼     이혼/합법적 별거 (가능한 경우 법령 사본)  
Single Divorced/Legally separated (copy of decree, if available)

실제 주소: \_\_\_\_\_ 시: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_  
Physical address: City: Zip:

우편주소(실제 주소와 다른 경우): \_\_\_\_\_  
Mailing address (if different than physical address):

시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_  
City: State: Zip:

집 전화: \_\_\_\_\_ 휴대전화: \_\_\_\_\_  
Home phone: Cell phone:

이메일: \_\_\_\_\_  
Email:

### 3 - 연령/장애: (주 신분증, 운전 면허증, 여권 등 신분증 필요)

저는 2023 년 12 월 31 일 기준으로 61 세 이상입니다. **(신분증 사본 필요)**  
I was 61 years of age or older on December 31, 2023. **(Copy of ID is required)**

61 세 미만이지만 **2023 년 12 월 31 일 이전에** 장애 판정 통지를 받았습니다.  
Not 61, but I have received a disability determination notice **effective prior to December 31, 2023.**

장애 판정 발효일: \_\_\_\_\_  
The effective date of my disability is: \_\_\_\_\_

**(SSI 수령서 또는 의사가 작성한 장애 증명 양식의 사본 포함)**  
**(Include a copy of your SSI Award Letter, or Proof of Disability Form completed by your physician)**

본인은 61 세 미만이지만, 복무 관련 평가로 80%를 받거나 복무 관련 장애로 인해 100% 비율로 보상을 받는 퇴역군인입니다. **(VA 지급금/수령서 사본 포함)**  
Not 61, but I am a veteran with an 80% service-connected evaluation or compensated at 100% rate due to service-connected disability. **(Include a copy of your VA Compensation/Award Letter)**

본인은 61 세 미만이지만, 본 감면대상자의 배우자/동거인 유족이며 본인의 배우자/동거인 사망 당시 연령이 57 세 이상이었습니다.  
Not 61, but I am the surviving spouse/domestic partner of a person who was previously receiving this exemption and I was at least 57 years of age in the year my spouse/domestic partner passed away.

### 4 - 부동산 정보:

**필지 또는 부동산세 계좌 번호:** \_\_\_\_\_  
**Parcel or Property Tax Account Number:**

거주 유형 (하나 선택):  단독 주택  다세대 주택 단독 세대(듀플렉스 또는 콘도)  
**Type of residence (Select one):** Single-family residence Single unit of a multi-dwelling (duplex or condo)  
 협동 주택  이동식 주택 공원에 있는 이동식 주택  
Co-op Housing Mobile Home in a mobile home park

이 부동산은 신탁 명의로 되어있습니다:  아니요  예, 신탁 사본을 첨부해 주십시오.  
**This property is in the name of a Trust:** No Yes, please provide a copy of your Trust.

본인은 거주지를 사업용으로 사용합니다:  
**I use my residence for business:**

아니요  예, 업무용으로 사용되는 집의 대략적인 면적을 제공하십시오: \_\_\_\_\_ 평방피트.  
No Yes, please provide the approx. square footage of your home used for business: \_\_\_\_\_ sq ft.

본인은 거주지의 일부를 임대하고 있습니다:  
**I rent out a portion of my residence:**

아니요  예, 임대소득에 이용되는 집의 대략적인 면적을 제공하십시오: \_\_\_\_\_ 평방피트.  
No Yes, please provide the approx. square footage of your home used for rental income: \_\_\_\_\_ sq ft.

5 - 본인의 결합 가처분 소득(Combined Disposable Income, CDI) 범위는: (하나 선택)

\$72,001 - \$84,000  
\$72,001 - \$84,000

\$60,001 - \$72,000  
\$60,001 - \$72,000

\$60,000 이하  
At or below \$60,000

6 - 부동산 소유 및 점유: 1992 년 이전에 기록된 경우 구매 계약서 사본 포함.

하나 선택:  본인이 소유주입니다  
I am the owner  본인은 주택을 평생 임차했습니다  
I hold a lease for life  
 본인은 이 거주지에 대한 종신 물권을 보유하고 있습니다.  
I hold a life estate for this residence.

부동산 구매일: \_\_\_\_\_ 부동산을 처음 점유한 날: \_\_\_\_\_  
Date property purchased: \_\_\_\_\_ Date property initially occupied: \_\_\_\_\_

본인의 주택 점유 기간:  작년(2023 년)에 6 개월 이상 점유.  작년(2023 년)에 6 개월 미만 점유.  
I occupied the residence: More than 6 months last year (2023). Less than 6 months last year (2023).

다른 부동산을 소유하고 있습니다:  예  아니요  
I own another property: Yes No

‘예’라고 답하신 경우, 장소: \_\_\_\_\_  
If yes, where:

이전에 감면을 받은 적이 있습니다:  예  아니요  
I have received an exemption before: Yes No

‘예’라고 답하신 경우, 시기: \_\_\_\_\_ 장소: \_\_\_\_\_  
If yes, when: where:

이전 주택을 매각했습니다:  예  아니요  
I sold my former residence: Yes No

‘예’라고 답하신 경우, 시기: \_\_\_\_\_  
If yes, when:

2023 년에 다른 부동산을 매각했습니다.  예  아니요  
I sold other property in the year 2023. Yes No

‘예’라고 답하신 경우, 장소: \_\_\_\_\_  
If yes, where:

## 7 - 소득(결합 가처분) – 2023 년 소득 문서가 필요합니다

**결합 가처분 소득 계산:** 최대 소득 한도: **\$84,000**. IRS 에 제출된 경우, 작성한 IRS 세금 신고서(양식 1040 및 1, B, C, D, E 등 모든 부칙)와 함께, 귀하와 배우자/동거인 또는 공동소유자의 모든 소득원 문서(아래에 명시) 사본을 첨부해 주십시오. 반드시 모든 소득원을 공개해야 하지만, 일부 소득원은 최종 소득 계산에 포함되지 않을 수 있습니다. **증빙 서류(아래에 명시)는 반드시 모든 자체 작성 세금 신고서에 첨부되어야 합니다.**



소득이 없는 경우 **2023** 년 1 월부터 12 월까지 은행 명세서를 포함하되 이에 국한되지 않는 일상적인 비용을 지불하는 방법을 보여주는 문서를 제공하십시오.

**연방 소득세 신고서를 제출하셔야 합니까?**

예

아니요

Are you required to file a federal income tax form?

Yes

No

파트 I - 결합 가처분 소득 워크시트 Part I - Combined Disposable Income Worksheet	2023 년 소득 2023 Income
임금, 급여, 팁(양식 1040, 1 행)-양식 W-2 첨부 Earned wages, salaries, tips (Form 1040 line 1)-Attach Form(s) W-2	\$
(Medicare 를 제외한) 순 사회보장급여 - 양식 SSA-1099 첨부 Net Social Security (after Medicare is deducted)-Attach Form SSA-1099	\$
VA 보조금 및 장애 수당-VA 또는 SS 수령서 첨부 VA Disability Benefit and/or Disability Income-Attach VA or SS Award Letter	\$
퇴직 연금, 연금, 연금 보험 소득 - (양식 1040 - 5a/5b 행)-양식 1099-R 첨부 Retirement, Pension, Annuity income (Form 1040 line 5a/5b)-Attach Forms 1099-R	\$
IRA(과세 금액) (양식 1040 - 4b 행)-양식 1099-R 첨부 IRA (Taxable Amount) (Form 1040 line 4b)-Attach Forms 1099-R	\$
실업 수당(양식 1040 부칙 1 - 7 행)-부칙 1 및 1099-G 첨부 Unemployment Compensation (Form 1040 Schedule 1-line 7)-Attach Schedule 1 and 1099-G	\$
과세 및 비과세 이자 및/또는 배당금-(양식 1040 2a, 2b 및 3b 행)- 양식 1099-INT 및 양식 1099-DIV 첨부 Taxable & Non-Taxable Interest and/or Dividends - (Form 1040 lines 2a, 2b & 3b)- Attach Form(s) 1099-INT and Form(s) 1099-DIV	\$
감가상각 전 사업 소득 - (양식 1040, 부칙 1 - 3 행)-부칙 1 및 C 첨부 Business Income before depreciation - (Form 1040, Schedule 1-line 3)-Attach Schedule 1 and C	\$
총 자본 이익. 손실을 공제하지 마십시오. (양식 1040 7 행)항목별 부칙 D 를 첨부하십시오. 아니면, 모든 계좌에 대해 통합/복합 1099-B 의 모든 페이지를 첨부해 주십시오 Total Capital Gains. DO NOT deduct losses. (Form 1040 line 7)-Attach itemized Schedule D; otherwise, attach all pages of consolidated/composite 1099-B for all accounts	\$
감가상각 전 사업 소득 - (양식 1040 1 - 5 행)-1 및 E 첨부 Rental Income before depreciation - (Form 1040 Schedule 1-line 5)-Attach Scheduled 1 and E	\$
신탁, 파트너쉽, 부동산 또는 로열티 소득 Trust, Partnership, Estate or Royalty Income	\$
과세 및 비과세 채권 Taxable & Non-Taxable Bonds	\$
도박 수익 - (양식 1040 부칙 1 - 8b 행)-부칙 1 및 W2-G 첨부 Gambling Winnings-(Form 1040 Schedule 1-line 8b)-Attach Schedule 1 and Form W2-G	\$
공적 부조 및 위자료 수령-수령 명세서 첨부 Public Assistance and Alimony Received-Attach Award statement	\$
다른 국가에서 수령한 자금-소득 증빙 문서 첨부 Money received from another country-Attach proof of income docs	\$
가족에게 받은 현금-가족 구성원으로부터 받은 서신 또는 명세서 첨부 Money received from family members-Attach letter or statement from family member	\$
공동 소유자의 소득-소득 문서 제공- 식별 정보 제거 Money earned by co-owner-Attach redacted copies of their income documents	\$
<b>2023 년 소득 소계: 2023 Income Subtotal:</b>	\$

## 7 - 소득(계속)

**참고:** 하기 비용에 대해 위에 열거된 소득 증빙 서류 또는 지불된 명세서/송장을 첨부하지 않는 경우 신청서 처리가 지연되거나 비용이 공제되지 않을 수 있습니다.



**공제:** 귀하와 귀하의 배우자 또는 동거인이 지불한 금액 중 보험, 기타 조직 또는 제공자가 환급하지 않은 금액을 포함하십시오. 허용된 공제에 대한 설명은 마지막 페이지(4)를 참조하십시오.

### 파트 II- 비환급 지출(공제)

2023 년에 지불

#### Part II – Non-Reimbursed Expenses (DEDUCTIONS)

Paid in 2023

1. 요양원, 생활 보조 시설 또는 성인 패밀리 홈 Nursing home, assisted living or adult family home	\$
2. 가정 의료 지원 Home health care	\$
3. 처방약 Prescription drugs	\$
4. (위의 이미 공제되지 않은)Medicare 파트 A, B, C, D 보험료 Medicare parts A, B, C, D insurance premiums (that were not already deducted above)	\$
5. Medicare 어드밴티지/보완/Medigap 보험료 Medicare advantage/supplemental/Medigap insurance premiums	\$
6. 의료 및 이동성 개선 내구재 장비 및 보철 장치 Durable medical and mobility enhancing equipment and prosthetic devices	\$
7. 의학적으로 처방받은 산소 Medically prescribed oxygen	\$
8. 장기요양보험 Long-term care insurance	\$
9. 분담금—본인 부담 최대 금액을 식별하는 보장 요약 문서를 첨부하십시오. 해당 문서에 귀하의 이름이 인쇄되어 있는지 확인하십시오. Cost-sharing amounts—attach a coverage summary that identifies the amount of out-of-pocket maximum. Make sure your name is printed on it.	\$
10. 네불라이저 Nebulizers	\$
11. 워싱턴 주법에 따라 면허를 보유한 자연요법사에 의해 처방, 투여, 조제된 광물, 동물 및 식물 유래 의약품 Medicines of mineral, animal and botanical origin prescribed, administered, dispensed by a naturopath licensed under Washington law	\$
12. 장루 관리 제품 Ostomonic items	\$
13. 인체용 인슐린 Insulin for human use	\$
14. 신장 투석 장치 Kidney dialysis devices	\$
15. 인체용 약물을 전달하는 데 사용되는 일회용 장치 Disposable devices used to deliver drugs for human use	\$
16. 소득 조정 - (양식 1040, 10 행 -> 부칙 1 - 파트 II - 26 행) 부칙 1 - I 및 파트 II 첨부 Adjustment to income (Form 1040 line 10-> Schedule 1 Part II line 26) <b>Attach Schedule 1 Part I &amp; II</b>	\$
<b>2023 년 총 공제액</b> <b>2023 Total Deductions</b>	\$
(소득 소계 - 총 공제 금액) = <b>2023 년 순 총 소득</b> (Your Income Subtotal – (minus) the total deductions) = <b>2023 NET TOTAL INCOME</b>	\$

**최대 합산 (순)소득 (2023 년) = \$84,000**

## 8 - 인증/서명:

본인은 본 양식에 서명함으로써 다음을 확인합니다.

- 본인은 이 양식의 소득 섹션을 작성했으며 모든 소득 증빙 자료를 포함했습니다.
- 본인은 소득이나 상황에 변화가 있는 경우 킹(King) 카운티 세무부에 알리는 것이 본인의 책임이며 잘못된 정보를 통한 감면 발생 시 지난 5 년 동안 부과된 정확한 세금과 100%의 벌금이 부과된다는 것을 이해합니다.
- 본인은 위증 시 처벌에 따라 본 신청서에 신고한 정보가 완전한 사실임을 선언합니다.
- 본인은 실수, 부주의 또는 RCW 84.36.381 ~ 389 에 따른 부동산세 감면에 대한 지식 부족으로 인해 납부했거나 초과 납부한 세금에 대해 RCW 84-69-020 조항에 따라 환불을 요청합니다.

신청인의 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

① 위임장(POA)에 서명한 경우, 서명한 위임장의 사본이 반드시 첨부되어야 합니다.

① 보안상의 이유로 이메일로 귀하의 개인 정보 및 신청서를 저희 사무실로 보내지 마십시오 .

① 저희 사무실로 우편물을 보내기 전에 문서에 있는 사회보장번호와 모든 계좌 번호를 마커를 사용하여 지우거나 가리는 것이 좋습니다.

**비환급 지출/공제:** (3 페이지의 섹션 5 파트 II 비용 워크시트에 표시된 순서대로 설명됨)

1. 요양원, 생활 보조 시설 또는 성인 패밀리 홈에서 발생한 비용을 기입하십시오. 기입한 금액에 대해 지불된 송장 또는 이에 상응하는 문서의 사본을 제공하십시오.
2. 발생한 가정 의료 지원 비용을 기입하십시오. 가정 의료 지원은 요양원에서 일반적인 치료 또는 치료 과정에서 제공되는 치료 유형과 유사한 가정에서 받는 치료 또는 관리를 의미합니다. 가정 의료 지원 제공자는 해당 조항에 따라 공제할 수 있는 비용에 대해 면허를 취득할 필요가 없습니다. **자격 요건을 충족하는 비용**은 가정에서 받은 물리 치료, 가정에서 받은 의료 서비스 또는 치료, 간병인이 제공한 간병, 가벼운 가사 작업, 식사 배달 서비스 또는 생명 경보 서비스일 수 있습니다. 기입한 금액에 대해 지불된 송장 또는 이에 상응하는 문서의 사본을 제공하십시오.
3. 처방약에 대해 지불한 금액을 기입하십시오. 환급되지 않은 처방약에 대해 지불한 본인 부담금을 표시하는 약국에서 발행된 연말 명세서를 제공하십시오.
4. Medicare 파트 A, B, C, D 보험료에 대해 지불한 금액을 적으십시오. 기입한 금액에 대해 SSA-1099, 지불된 송장 또는 이에 상응하는 문서의 사본을 제공하십시오.
5. 승인된 Medicare 추가 보험료에 대해 지불한 금액을 기입하십시오. 보험 회사, 플랜 번호 및 지불한 보험료를 식별하는 명세서 사본을 제공하십시오.
6. 내구성이 뛰어난 의료 장비, 이동성 향상 장비 및 보철 장치에 대해 지불한 금액을 기입하십시오. 공제 금액에는 구매, 임대, 수리, 청소, 교체용 부품 등이 포함됩니다. **적격 항목에 대해서는 WAC 458-20-18801 표 1, 3, 5**를 검토하십시오. 기입한 금액에 대한 영수증 또는 송장을 제공하십시오.
7. 산소 농축기 시스템, 산소 발생기 시스템, 액체 산소 시스템, 처방된 기체, 병에 담긴 산소 시스템을 포함하되 이에 국한되지 않는 의학적으로 처방받은 산소에 대해 지불한 금액을 기입하십시오. 기입한 금액에 대한 영수증 또는 지불한 송장을 제공하십시오.
8. 장기 보험료 납부 금액을 기입하십시오. 기입한 금액에 대해 지불된 송장 또는 이에 상응하는 문서를 제공하십시오.
9. 지불한 분담금을 기입하십시오. 분담금에는 공제 금액, 공동 보험, 건강 플랜 가입자에 대한 공동 부담금(플랜 본인 부담 최대 금액으로 계산된 금액)이 포함됩니다. 기입한 본인 부담 최대 금액을 식별하는 보장 요약 문서를 제공하십시오. 해당 문서에 귀하의 이름이 인쇄되어 있는지 확인하십시오.
10. 네블라이저(건물에 고정하는 장치가 아닌 장치로 액체 약물을 미스트 형태로 변환하여 흡입하는 장치)에 대해 지불한 금액을 기입하십시오. 기입한 금액에 대한 영수증 또는 지불한 송장을 제공하십시오.
11. 워싱턴 주법에 따라 면허를 유지하는 자연 요법사에 대해 충전, 내용, 조제된 광물, 및 식물 생성 결과에 지불한 금액을 기입하십시오. 기입한 금액에 대한 영수증 또는 지불한 송장을 제공하십시오. 치료 계획 사본, 자연요법사의 이름 및 워싱턴주 면허 번호를 포함하십시오.
12. 장루 관리 제품(결장루, 회장루 및 요루 환자가 사용하는 일회용 의료 용품)에 대해 지불한 금액을 적으십시오. 여기에는 봉지, 봉지를 고정하는 벨트, 테이프, 튜브, 접착제, 탈취제, 비누, 젤리, 크림, 살균제 및 기타 유사 용품이 포함됩니다. 속옷, 스펀지 또는 고무 시트를 보호하기 위한 속옷, 패드 및 보호대는 포함되지 않습니다. 제품 및 지불 금액을 식별하는 영수증 또는 송장을 제공하십시오.
13. 인체용 인슐린에 대해 지불한 금액을 기입하십시오. 제품 및 지불 금액을 식별하는 영수증 또는 송장을 제공하십시오.
14. 신장 투석 장치에 대해 지불한 금액을 기입하십시오. 제품 및 지불 금액을 식별하는 영수증 또는 송장을 제공하십시오.
15. 주사기, 튜브 또는 카테터 등 약물 전달에 사용되는 일회용 기구에 대해 지불한 금액을 기입하십시오. 튜브 또는 카테터를 고정하는 스탠드 또는 장치는 포함되지 않습니다. 제품 및 지불 금액을 식별하는 영수증 또는 송장을 제공하십시오.
16. 소득 조정. 연방 양식 1040 10 행을 참조하십시오. 이 금액은 양식 1040의 부칙 1, 파트 II 26 행에서 가져온 것이어야 합니다. 부칙 1을 포함하는 전체 1040의 사본을 제공하십시오.

**신청서와 식별 문서를 다음 주소로 우편으로 보내주십시오.**

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