



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 2024 г. 2023 г - Необходимые документы о доходах**

Максимальный совокупный (чистый) Общий (2023 г.) доход = 84 000\$

## 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)  
New (or off program for **more** than 1 year)
- Восстановление (только программа взаимозачета работы и уплаты налогов в течение 1 года)  
Reinstatement (only off program 1 year)
- Перевод из участка № \_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_ округ.  
Transfer from parcel # \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ county.
- Изменение статуса:**  
Status Change:

Излишний доход  
Over income

Изменение дохода  
Change in income

Семейное положение  
Marital status

Владение имуществом  
Ownership

Использование имущества  
Occupancy

## 2 - Данные заявителя:

Заявитель: \_\_\_\_\_  
Applicant name: *Имя First* *Среднее имя Middle* *Фамилия Last*

Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Date of Birth:

Супруг(-а)/гражданский партнер/соарендатор: \_\_\_\_\_  
Spouse/domestic partner/Co-tenant:

Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Date of Birth:

**i** Соарендатор = совладелец, который живет за счет своей собственности  
Co-tenant = co-owner who lives on property

### Я: (отметьте соответствующее поле):

I am: (check appropriate box):

В браке  Вдовец/вдова (приложите копию свидетельства о смерти)  
Married Widowed (include copy of death cert.)

Живу один(-на)  Разведен(а)/Раздельное проживание (копия решения суда при наличии такового)  
Single Divorced/Legally separated (copy of decree, if available)

Физический адрес: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_  
Physical address City Zip

Почтовый адрес (если отличается от указанного выше): \_\_\_\_\_  
Mailing address (if different than physical address):

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_  
City State Zip

Домашний телефон: \_\_\_\_\_ Сотовый телефон: \_\_\_\_\_  
Home phone Cell phone

Электронная почта: \_\_\_\_\_  
Email

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

- По состоянию на 31-е декабря 2023 года мне не менее 61 года. **(Приложите копию удостоверения личности)**

I was 61 years of age or older on December 31, 2023. **(Copy of ID is required)**

- Мне нет 61 года, но я получил(а) уведомление с подтверждением инвалидности, которое вступило в силу до 31 декабря 2023 года. Действительная дата наступления моей инвалидности: \_\_\_\_\_

Not 61, but I have received a disability determination notice effective prior to December 31, 2023. The effective date of my disability is

**(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).**

**(Include a copy of your SSI Award Letter, or Proof of Disability Form completed by your physician)**

- 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)**

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)**

- Мне нет 61 года, но я оставшийся(-ая) 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).

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 - Данные объекта недвижимости:

**Номер учётной записи для выплаты налога на имущество:** \_\_\_\_\_

Parcel or Property Tax Account Number

**Тип жилья (выбрать один пункт):**

**Type of residence (Select one)**

- Одноквартирное жилье

Single-family residence

- Однокорпусное жилье или многоквартирное жилье (дуплекс или кондоминиум)

Single unit of a multi-dwelling (duplex or condo)

- Жилищный кооператив

Co-op Housing

- Передвижное жилье на стоянке трейлеров

Mobile Home in a mobile home park

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

This property is in the name of a Trust

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

No

Yes, please provide a copy of your Trust.

**Я использую жилье в коммерческих целях:**

- Нет

- Да, укажите примерную площадь в

I use my residence for business:

No

квадратных футах, которую вы используете в  
Yes, please provide the approx. square footage of your  
коммерческих целях: \_\_\_\_\_ кв. футов.  
home used for business sq ft.

Я сдаю в аренду часть жилья:  
I rent out a portion of my residence

Нет  
No

Да, укажите примерную площадь в квадратных футах,  
Yes, please provide the approx. square footage of your

которую вы сдаете в аренду \_\_\_\_\_ кв. футов.  
home used for rental income sq ft.

**5 - Мой совокупный доход после уплаты налогов (CDI) в пределах: (отметить одну опцию)**

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

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

Равен или ниже \$60 000  
At or below \$60,000

**6 - Владение недвижимым имуществом, использование недвижимого имущества: Приложите КОПИЮ документа о ПОКУПКЕ, если покупка зарегистрирована ранее 1992 года**

Отметьте одно поле:  Я являюсь владельцем  Я имею право на пожизненное пользование  
Check one: I am the owner I hold a lease for life

Я являюсь пожизненным арендатором данного объекта недвижимого имущества.  
I hold a life estate for this residence.

Дата приобретения объекта недвижимости: \_\_\_\_\_  
Date property purchased

Дата занятия объекта недвижимости: \_\_\_\_\_  
Date property initially occupied

**Я занимал(а) данный объект недвижимого имущества:**

**I occupied the residence:**

Более 6 месяцев в прошлом году (2023 г.).  
More than 6 months last year (2023).

Менее 6 месяцев в прошлом году (2023 г.).  
Less than 6 months last year (2023).

**Я владею ещё одним объектом недвижимого имущества:**

Да  
Yes

Нет  
No

Если да, где: \_\_\_\_\_  
If yes, where:

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

Да  
Yes

Нет  
No

Если «да», когда: \_\_\_\_\_ где: \_\_\_\_\_  
If yes, when: where:

**Я продал(-а) свое прежнее жилье:**

Да  Нет  
Yes No

Если «да», когда: \_\_\_\_\_  
If yes, when:

**Я продал(-а) другой объект недвижимого имущества в 2023 году.**

Да  
Yes

Нет  
No

Если да, где: \_\_\_\_\_  
If yes, where:

## 7 - Доход (совокупный реальный) — **Необходимы документы с указанием дохода за 2023 год**

**ПОДСЧЕТ СОВОКУПНОГО РЕАЛЬНОГО ДОХОДА ПОСЛЕ УПЛАТЫ НАЛОГОВ:** Предельный максимальный доход: **\$84 000**. Приложите копию всех документов об источниках дохода (как указано ниже) для вас и вашего супруга/супругу/сожителя или соарендатора, а также полную налоговую декларацию IRS (форма 1040 и все таблицы, как то: 1, B, C, D, E и т. д.), если таковая была подана в IRS. Не смотря на то, что необходимо раскрыть информацию обо ВСЕХ источниках дохода, не все источники дохода учитываются при окончательном расчете дохода. **Все самостоятельно подготовленные налоговые декларации ДОЛЖНЫ сопровождаться подтверждающими документами (как указано ниже).**



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 **2023 г.**

**Должны ли вы подавать федеральную налоговую декларацию?**

Are you required to file a federal income tax form?

Да

Yes

Нет

No

| Часть I — Ведомость подсчета совокупного реального дохода<br>Part I - Combined Disposable Income Worksheet  | Доход за 2023 год<br>2023 Income |
|---|----------------------------------|
| Заработанная плата, жалование, чаевые (форма 1040, строка 1) — <b>приложите форму(ы) W-2</b><br>Earned wages, salaries, tips (Form 1040 line 1)— <b>Attach Form(s) W-2</b>  | \$                               |
| Чистая социальная помощь (без учета Medicare) — <b>приложите форму SSA-1099</b><br>Net Social Security (after Medicare is deducted)— <b>Attach Form SSA-1099</b>  | \$                               |
| Ветеранские (VA) льготы по инвалидности и (или) финансовая помощь инвалидам — <b>приложите письмо о выделении помощи от администрации по делам ветеранов или письмо о предоставлении помощи по социальному страхованию (SS)</b><br>VA Disability Benefit and/or Disability Income— <b>Attach VA or SS Award Letter</b>  | \$                               |
| Пенсионный доход, доход от страхования пенсии — (форма 1040, строка 5a/5b) — <b>приложите формы 1099-R</b><br>Retirement, Pension, Annuity income (Form 1040 line 5a/5b)— <b>Attach Forms 1099-R</b>  | \$                               |
| Инвестиционный пенсионный счет (IRA) (налогооблагаемая сумма) (форма 1040, строка 4b) — <b>приложите формы 1099-R</b><br>IRA (Taxable Amount) (Form 1040 line 4b)— <b>Attach Forms 1099-R</b>   | \$                               |
| Компенсация по безработице (форма 1040, приложение 1, строка 7)— <b>приложите Приложение 1 и 1099-G</b><br>Unemployment Compensation (Form 1040 Schedule 1-line 7)— <b>Attach Schedule 1 and 1099-G</b>   | \$                               |
| Налогооблагаемый и освобожденный от налогов доход от процентов и/или дивидендов (форма 1040, строки 2a, 2b и 3b) - <b>приложите форму(-ы) 1099-INT и форму(-ы) 1099-DIV</b><br>Taxable & Non-Taxable Interest and/or Dividends - (Form 1040 lines 2a, 2b & 3b)— <b>Attach Form(s) 1099-INT and Form(s) 1099-DIV</b>   | \$                               |
| Доход от коммерческой деятельности до амортизации — (форма 1040, приложение 1, строка 3) — <b>приложите Приложение 1 и C</b><br>Business Income before depreciation - (Form 1040, Schedule 1-line 3)— <b>Attach Schedule 1 and C</b>  | \$                               |
| Итого доход с капитала. НЕ вычитать убытки. (Форма 1040, строка 7)— <b>Приложите подробную таблицу D; в противном случае приложите все страницы консолидированной/составной формы 1099-B для всех счетов</b><br>Total Capital Gains. DO NOT deduct losses. (Form 1040 line 7)— <b>Attach itemized Schedule D; otherwise, attach all pages of consolidated/composite 1099-B for all accounts</b> | \$                               |
| Доход от сдачи имущества в аренду до амортизации — (форма 1040, приложение 1, строка 5) — <b>приложите Приложение 1 и E</b><br>Rental Income before depreciation - (Form 1040 Schedule 1-line 5)— <b>Attach Scheduled 1 and E</b>   | \$                               |

| <b>Часть I — Ведомость подсчета совокупного реального дохода</b><br><b>Part I - Combined Disposable Income Worksheet</b>  | <b>Доход за 2023 год</b><br><b>2023 Income</b> |
|---|--|
| Доход от деятельности трастов, товариществ, недвижимого имущества или роялти<br>Trust, Partnership, Estate or Royalty Income  | \$   |
| Налогооблагаемый и освобожденный от налогов доход от облигаций<br>Taxable & Non-Taxable Bonds   | \$   |
| Выигрыши в азартные игры — (форма 1040, приложение 1, строка 8b) — <b>приложите Приложение 1 и форму W2-G</b><br>Gambling Winnings—(Form 1040 Schedule 1-line 8b)— <b>Attach Schedule 1 and Form W2-G</b>   | \$   |
| Полученная государственная помощь и алименты — <b>приложите сертификат о назначении</b><br>Public Assistance and Alimony Received— <b>Attach Award statement</b>  | \$   |
| Деньги, полученные из-за рубежа — <b>приложите документы, подтверждающие доход</b><br>Money received from another country— <b>Attach proof of income docs</b>   | \$   |
| Денежные средства, полученные от членов семьи — <b>приложите письмо или декларацию члена семьи</b><br>Money received from family members— <b>Attach letter or statement from family member</b>              | \$   |
| Деньги, заработанные совладельцем — <b>приложите копии документов о доходах со скрытыми идентификационными данными</b><br>Money earned by co-owner— <b>Attach redacted copies of their income documents</b> | \$   |
| <b>Доход за 2023 г. Предварительный итог:</b><br><b>2023 Income Subtotal:</b>   | \$   |

## 7 — Доход (продолжение)

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Если вы не приложите указанные выше подтверждающие документы о доходах или ведомости об оплате/оплаченные счета на нижеуказанные расходы, рассмотрение вашего заявления может быть отложено, или же 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)

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

### Оплаченные в 2023 г.

#### Paid in 2023

|   |    |
|---|----|
| 1. Проживание в пансионате с медсестринским уходом, проживание с уходом или услуги семейного дома престарелых<br>Nursing home, assisted living or adult family home                               | \$ |
| 2. Уход на дому Home health care  | \$ |
| 3. Рецептурные препараты Prescription drugs   | \$ |
| 4. Страховые взносы Medicare в частях A, B, C, D (которые не были удержаны в соответствии с пунктами выше)<br>Medicare parts A, B, C, D insurance premiums (that were not already deducted above) | \$ |
| 5. Страховые взносы по Medicare advantage/дополнительным полисам/Medigap<br>Medicare advantage/supplemental/Medigap insurance premiums  | \$ |
| 6. Медицинское оборудование длительного пользования, оборудование, улучшающее мобильность, и протезы<br>Durable medical and mobility enhancing equipment and prosthetic devices                   | \$ |
| 7. Назначенный врачом медицинский кислород Medically prescribed oxygen  | \$ |
| 8. Страховое покрытие долгосрочного ухода Long-term care insurance  | \$ |

|   |    |
|---|----|
| 9. Суммы участия в расходах - приложите краткую декларацию о покрытии с указанием введенной максимальной суммы самостоятельных выплат.<br>Проверьте: на ней должно быть напечатано ваше имя.<br>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. Ингаляторы Nebulizers   | \$ |
| 11. Лекарства минерального, животного и растительного происхождения, назначаемые, принимаемые, выдаваемые натуропатом, лицензированным в соответствии с законодательством штата Вашингтон<br>Medicines of mineral, animal and botanical origin prescribed, administered, dispensed by a naturopath licensed under Washington law          | \$ |
| 12. Остомические предметы Ostomic items   | \$ |
| 13. Инсулин для медицинского применения Insulin for human use   | \$ |
| 14. Аппараты для почечного диализа Kidney dialysis devices  | \$ |
| 15. Одноразовые устройства для доставки лекарств для применения человеком<br>Disposable devices used to deliver drugs for human use   | \$ |
| 16. Корректировки дохода (форма 1040, строка 10-> Приложение 1, Часть II, строка 26)<br><b>Приложите Приложение 1, Части I и II</b><br>Adjustment to income (Form 1040 line 10-> Schedule 1 Part II line 26)<br><b>Attach Schedule 1 Part I &amp; II</b>  | \$ |
| <b>2023 г. - Итоговая сумма вычетов</b><br><b>2023 Total Deductions</b>   | \$ |
| (Предварительный итог по доходу – (минус) итоговая сумма вычетов) =<br><b>2023 г. ОБЩИЙ ДОХОД НЕТТО</b><br>(Your Income Subtotal – (minus) the total deductions) = <b>2023 NET TOTAL INCOME</b>   | \$ |

**Максимальный совокупный (чистый) Общий (2023 г.) доход = 84 000\$**

## 8 - 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 наказания за лжесвидетельство 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 случае подписания по доверенности необходимо приложить копию подписанной доверенности.
- 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 поставщики 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 наклейки, 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**