

3 - 年齡/殘疾：（需要身份證明——例如州身份證、駕照、護照）

- 本人在 2023 年 12 月 31 日年滿 61 歲。 **（需要身份證副本）**
I was 61 years of age or older on December 31, 2023. **(Copy of ID is required)**
- 本人並未滿 61 歲，但有在 **2023 年 12 月 31 日之前**已生效的殘疾證明書。
Not 61, but I have received a disability determination notice **effective prior to December 31, 2023.**

我的殘疾生效日期為： _____

The effective date of my disability is:

（請附上一份您的 SSI 證明信副本，或由您的醫生填寫的殘疾證明表）
(Include a copy of your SSI Award Letter, or Proof of Disability Form completed by your physician)

- 本人並未滿 61 歲，但是一名退伍軍人，經服務相關評估判斷 80% 殘疾或因服務相關殘疾而獲得 100% 的補償。 **（請附上您的 VA 福利/授予信的副本）**
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)**
- 本人並未滿 61 歲，但本人的配偶或同居伴侶在世時已獲得此豁免，並且本人的配偶/同居伴侶去世該年本人已年滿 57 歲。
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 -物業資料：

地稅/物業稅帳戶號碼： _____

Parcel or Property Tax Account Number:

- 住宅類型（請選擇一項）：
Type of residence (Select one):
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 單戶住宅
Single-family residence | <input type="checkbox"/> 多層住宅中的一個單位（複式公寓或公寓）
Single unit of a multi-dwelling (duplex or condo) |
| <input type="checkbox"/> 合作住宅
Co-op Housing | <input type="checkbox"/> 流動房車公園內的流動房屋
Mobile Home in a mobile home park |

此物業是以信託的名義：
This property is in the name of a Trust: 否 是，請提供信託副本。
No Yes, please provide a copy of your Trust.

我將我的住所用於商業用途：
I use my residence for business: 否 是，請提供您用作商業用途之房屋的大約平方面積：
No Yes, please provide the approx. square footage of your home used for business:
_____ 平方呎
sq ft.

我出租我住所的一部分：
I rent out a portion of my residence: 否 有，請提供您住所出租部分的大約平方面積：
No Yes, please provide the approx. square footage of your home used for rental income:
_____ 平方呎
sq ft.

5 - 我的綜合可支配所得 (CDI) 範圍是： (請剔選一項)

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

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

60,000 美元或以下
At or below \$60,000

6 - 物業擁有權及居住： 附上購買契據 (如果是 1992 年之前的記錄) 的副本 (如有)。

請勾選一項： 我是業主

我持有終身租約

我持有此住宅的終身地產權。

Check one: I am the owner

I hold a lease for life

I hold a life estate for this residence.

購買物業的日期： _____

物業首次居住日期： _____

Date property purchased:

Date property initially occupied:

我居住於此住所：

去年 (2023) 超過六個月。

去年 (2023) 少於六個月。

I occupied the residence:

More than 6 months last year (2023).

Less than 6 months last year (2023).

我擁有其他物業：

是 否

I own another property:

Yes No

如有，位於哪裡？ _____

If yes, where:

我以前曾獲豁免：

是 否

I have received an exemption before:

Yes No

如是，何時： _____ 在哪裡： _____

If yes, when:

where:

我出售了我的故居：

是 否

I sold my former residence:

Yes No

如是，何時： _____

If yes, when:

我在 2023 年出售了其他物業：

是 否

I sold other property in the year 2023.

Yes No

如果是，位於： _____

If yes, where:

7 - 收入（合併可支配收入） - 請提供 2023 年收入文件

合併可支配收入計算：最高收入限額：84,000 美元。請附上您及您的配偶／家庭伴侶或共同租戶的所有收入來源文件副本（如下所示），以及一份完整的國稅局報稅表（若已向國稅局申報）（表格 1040 及所有附表，如附表 1、B、C、D、E）。雖然必須披露所有收入來源，但並非所有收入來源均獲納入最終的計算。**所有自行編備的報稅表均必須附上相應的佐證文件（如下所示）。**



如果您沒有賺取收入，請提供說明您如何支付日常開支的文件，包括但不限於 2023 年 1 月至 12 月的銀行對帳單。

您需要提交聯邦報稅表嗎？

是 否
Yes No

Are you required to file a federal income tax form?

第 I 部份-合併可支配收入表 Part I - Combined Disposable Income Worksheet	2023 年收入 2023 Income
賺取的工資、薪酬及小費 - (表格 1040，第 1 列)- 請附上表格 W-2 Earned wages, salaries, tips (Form 1040 line 1)- Attach Form(s) W-2	美元
社會安全保險淨額（扣除 Medicare)- 請附上表格 SSA-1099 Net Social Security (after Medicare is deducted)- Attach Form SSA-1099	美元
VA 殘疾福利及/或殘疾收入 - 請附上 VA 或 SS 授予信 VA Disability Benefit and/or Disability Income- Attach VA or SS Award Letter	美元
退休金、養老金、年金收入 - (表格 1040，第 5a/5b 行)-請附上表格 1099-R Retirement, Pension, Annuity income (Form 1040 line 5a/5b)- Attach Forms 1099-R	美元
IRA（應課稅金額） - (表格 1040，第 4b 列) - 請附上表格 1099-R IRA (Taxable Amount) (Form 1040 line 4b)- Attach Forms 1099-R	美元
失業補助金 - (表格 1040，附表 1 第 7 列)- 請附上附表 1 及 1099-G Unemployment Compensation (Form 1040 Schedule 1-line 7)- Attach Schedule 1 and 1099-G	美元
納稅及免稅收入及/或股息 - (表格 1040，第 2a、2b 及 3b 列) - 請附上表格 1099-INT 及 1099-DIV Taxable & Non-Taxable Interest and/or Dividends - (Form 1040 lines 2a, 2b & 3b)- Attach Form(s) 1099-INT and Form(s) 1099-DIV	美元
折舊前營業收入 - (表格 1040，附表 1 第 3 列) - 請附上附表 1 及 C Business Income before depreciation - (Form 1040, Schedule 1-line 3)- Attach Schedule 1 and C	美元
總資本收益。不要扣除損失。（表格 1040 第 7 行）-請附上臚列分項的附表 D；否則， 請附上所有帳戶的合併/綜合 1099-B 表格的所有頁面 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	美元
折舊前出租收入 - (表格 1040，附表 1 第 5 列) -請附上附表 1 及 E Rental Income before depreciation - (Form 1040 Schedule 1-line 5)- Attach Scheduled 1 and E	美元
信託、合夥、不動產或權利金收入 Trust, Partnership, Estate or Royalty Income	美元
應課稅與免稅債券 Taxable & Non-Taxable Bonds	美元
博彩收益 - (表格 1040，附表 1 第 8b 行) - 請附上附表 1 及表格 W2-G Gambling Winnings-(Form 1040 Schedule 1-line 8b)- Attach Schedule 1 and Form W2-G	美元
公共救助和贍養費收入 - 請附上證明書 Public Assistance and Alimony Received- Attach Award statement	美元
從其他國家收到的款項 -請附上收入證明 Money received from another country- Attach proof of income docs	美元
從家庭成員收到的款項 - 請附上家庭成員提供的信件或聲明書 Money received from family members- Attach letter or statement from family member	美元
共同擁有者賺取的款項 - 請附上收入文件的修訂副本 Money earned by co-owner- Attach redacted copies of their income documents	美元
2023 年收入小計： 2023 Income Subtotal:	美元

7-收入 (續)

附註：未能附上上述收入的佐證文件或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)

2023 年已付

Part II – Non-Reimbursed Expenses (DEDUCTIONS)

Paid in 2023

1. 護老院、生活救助或成人家庭住宿 Nursing home, assisted living or adult family home	美元
2. 家庭保健 Home health care	美元
3. 處方藥 Prescription drugs	美元
4. Medicare A、B、C、D 部分保險費 (尚未扣除上述收入) Medicare parts A, B, C, D insurance premiums (that were not already deducted above)	美元
5. Medicare Advantage/補充/Medigap 保險費 Medicare advantage/supplemental/Medigap insurance premiums	美元
6. 耐用的醫療和行動輔助設備和義肢裝置 Durable medical and mobility enhancing equipment and prosthetic devices	美元
7. 醫用氧氣 Medically prescribed oxygen	美元
8. 長期護理保險 Long-term care insurance	美元
9. 費用分攤金額—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。 Cost-sharing amounts—attach a coverage summary that identifies the amount of out-of-pocket maximum. Make sure your name is printed on it.	美元
10. 霧化器 Nebulizers	美元
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 Medicines of mineral, animal and botanical origin prescribed, administered, dispensed by a naturopath licensed under Washington law	美元
12. 造口手術用品 Ostomic items	美元
13. 人體用胰島素 Insulin for human use	美元
14. 腎透析裝置 Kidney dialysis devices	美元
15. 用於運送供人類使用的藥物的一次性裝置 Disposable devices used to deliver drugs for human use	美元
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 Adjustment to income (Form 1040 line 10-> Schedule 1 Part II line 26) Attach Schedule 1 Part I & II	美元
2023 年扣除額合計 2023 Total Deductions	美元
(您的收入小計 - (減去) 總扣除額) = 2023 年淨總收入 (Your Income Subtotal – (minus) the total deductions) = 2023 NET TOTAL INCOME	美元

最高合併 (淨) 總 (2023 年) 收入 = 84,000 美元

8 - 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 如果由授權代理人（POA）簽署，必須附上簽署的授權代理人文件副本。

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 我們建議您在將文件郵寄至我們的辦公室前，塗抹您的社會安全號碼和所有帳戶號碼（用記號筆覆蓋）。

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。**提供所填金額的收據或發票。
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。**提供所填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。**提供所填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。**提供所填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。**提供訂明各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。**提供訂明各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。**提供訂明各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。**提供訂明各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