



**SOLICITUD PARA REDUCCIÓN DE IMPUESTOS PARA LOS ADULTOS
MAYORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDADES AÑO FISCAL 2023**
**FECHA LÍMITE DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES: 31 DE DICIEMBRE DE
2023**

**LEA ESTO CUIDADOSAMENTE. YA QUE SE PODRÍA AFECTAR SU ELEGIBILIDAD PARA LA REDUCCIÓN
DE IMPUESTOS:**

- Asegúrese de enviar toda la documentación relacionada con sus bienes e ingresos junto con su solicitud. Las solicitudes incompletas o sin la documentación requerida **NO** serán procesadas y podrían descalificar a los solicitantes del programa de alivio fiscal de bienes raíces.
- Los solicitantes con impuestos pendientes serán rechazados, a menos que paguen dichos impuestos en su totalidad.

PARA SOLICITANTES QUE BUSCAN AYUDA DEBIDO A UNA DISCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

El solicitante debe haber estado total y permanentemente discapacitado al 31 de diciembre del año anterior. Se debe proporcionar prueba certificada de discapacidad. Los tipos de prueba aceptables incluyen una declaración de la Administración del Seguro Social o una declaración jurada de dos médicos con licencia para ejercer la medicina en el Estado de Virginia afirmando a que la persona está total y permanentemente discapacitada.

PARA TODOS LOS SOLICITANTES:

- El solicitante debe tener **65 años o más** o haber estado **permanente y totalmente discapacitado** al 31 de diciembre del año anterior.
- El solicitante **debe habitar en la vivienda** y ser dueño parcial o total de la vivienda al día **1º de enero de 2023**. Los solicitantes que residan por largos períodos de tiempo en hospitales, hogares para ancianos, hogares de convalecencia y otras instalaciones de cuidado físico y mental, y cuya vivienda no esté siendo utilizada u arrendada a otros, aún podrían hacer su solicitud de alivio en los impuestos de bienes raíces
- El ingreso bruto combinado de los solicitantes, su cónyuge y los parientes que viven en la casa no puede exceder los **60 mil dólares**. Todos los ingresos del solicitante y familiares deben incluirse en el ingreso bruto combinado; sin embargo, los primeros 10 mil dólares de ingresos de cada familiar (excepto el solicitante y su cónyuge) se excluyen cuando se calculan los ingresos totales del hogar.
- El valor neto de los bienes del solicitante y su cónyuge no debe exceder los **350 mil dólares**. Se excluyen del cálculo del valor de los bienes el valor de la vivienda y hasta un (1) acre (aprox. 0.4 hectáreas) de terreno.
- Cada tres años debe presentar una nueva solicitud. Anualmente se requerirá un formulario de recertificación firmado para continuar con el estado de alivio fiscal entre solicitudes. Todos los cambios significativos en sus ingresos, valor neto de sus bienes u otras condiciones deben informarse de inmediato.
- Si no se paga el saldo adeudado a más tardar el 14 de enero o el 14 de junio del año en que se concedió la reducción de impuestos, se anulará dicha reducción y se deberá abonar el importe total de los impuestos, incluidos los recargos por multas e intereses. Cada año se destina una cantidad variable de fondos a la reducción de impuestos. En caso de que el suma total de todas las solicitudes de reducción de impuestos aprobadas supere esta cantidad, cada solicitud aprobada podría tener una reducción prorrateada (según sea necesario) con el fin de equilibrar la asignación total para la reducción de impuestos.

***** *La Ciudad de Richmond **NO** es responsable por retrasos en el correo, correo sin entregar o correo perdido en tránsito. Asegúrese de que su solicitud y la documentación de respaldo se reciban en nuestra oficina en la fecha límite o antes de ésta.* *****

FOR OFFICE USE ONLY (SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA)

NAME (as it appears on Deed): _____

PARCEL & ADDRESS: _____

LAST SALE DATE: _____ RELIEF %: _____ FILE YEAR: 1ST TIME 1 OF 3

INCOME: _____ NET WORTH: _____

APPROVED: _____ APPROVED BY: _____ DATE: _____

DENIED: _____ DENIED BY: _____ DATE: _____

Application Received Stamp:

| | | |
|--|---|---|
| Marque el programa que solicita: | <input type="checkbox"/> Reducción de impuestos | <input type="checkbox"/> Congelamiento de impuestos |
| Al día 31 de diciembre de 2022, yo... | <input type="checkbox"/> Tenía 65 años o más | <input type="checkbox"/> Tenía una discapacidad total y permanente (debe añadir la documentación que lo confirma) |
| Si no ninguna de las opciones se aplica a usted, ¡Deténgase! Su cuenta no es elegible para el alivio fiscal y NO debe presentar esta solicitud. | | |

“Es obligatorio que nos dé su número de seguro social (en inglés, “SSN”). El Código de Virginia § 58.1-3017 autoriza al Departamento de Finanzas para que pida esta información. Los SSN se utilizan como medio de identificación, para facilitar la recaudación de impuestos y otorgar reembolsos”.

1. NOMBRE DEL SOLICITANTE (DUEÑO DE LA PROPIEDAD)

| | | |
|---|-------------|---------------------------------|
| APELLIDOS | NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
| # DE SEG. SOCIAL: _____ - _____ - _____ | TEL.: _____ | FECHA DE NACIM.: ____/____/____ |
| CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL): _____ | | |

2. CÓNYUGE O COPROPIETARIO(S). MENCIONE LOS NOMBRES DE TODOS LOS DUEÑOS DE LA PROPIEDAD. UTILICE HOJAS ADICIONALES SI LO NECESITA.

| | | |
|---|-------------|---------------------------------|
| APELLIDOS | NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
| # DE SEG. SOCIAL: _____ - _____ - _____ | TEL.: _____ | FECHA DE NACIM.: ____/____/____ |
| CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL): _____ | | |
| <i>SI FALLECIÓ EL CÓNYUGE O COPROPIETARIO, AÑADA UNA COPIA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN.</i> | | |
| <i>DIRECCIÓN DEL CÓNYUGE O COPROPIETARIO (SI ES DIFERENTE): _____</i> | | |

3. ¿LOS SOLICITANTES VIVEN EN ESTA RESIDENCIA Y ES SU ÚNICA VIVIENDA? SÍ NO

* SI NO ES ASÍ, EXPLÍQUENOS: _____

4. ¿CUÁNTOS FAMILIARES (MAYORES DE 18 AÑOS) DE LOS SOLICITANTES HABITAN AHÍ: _____
SI HAY FAMILIARES VIVIENDO CON USTED(ES), ¿SON ELLOS SUS PRINCIPALES CUIDADORES O POSEEDORES DE UN DOCUMENTO QUE LES DA PODER LEGAL SOBRE USTEDES? SI ES ASÍ, PARA PODER EXCLUIR LOS INGRESOS DE DICHOS FAMILIARES, DEBERÁN ANEXAR DICHO PODER LEGAL O UNA DECLARACIÓN AUTENTICADA DE QUE LOS FAMILIARES ESTÁN SIRVIENDO DE BUENA FE COMO CUIDADORES.

5. LISTE CADA UNO DE LOS FAMILIARES (MAYORES DE 18 AÑOS) QUE RESIDAN EN SU VIVIENDA. UTILICE HOJAS ADICIONALES SI LO NECESITA.

| NOMBRE COMPLETO | RELACIÓN CON EL SOLICITANTE | NÚMERO COMPLETO DE SEG. SOCIAL | FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/AAAA |
|-----------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

El ingreso bruto combinado incluirá todos los ingresos de todas las fuentes del dueño y de los familiares del dueño que también habitan la vivienda para la que se pide la exención o congelación, con la excepción del ingreso de cada pariente que sirva de buena fe como cuidador del dueño, el cual no se incluirá en dicho total, sea dicho pariente compensado o no, a menos que sea el cónyuge del propietario, quien además reside en la vivienda. (Ciudad de Richmond, Código de Virginia §26-364.)

Se requiere un poder legal o una declaración autenticada que afirme que el familiar está sirviendo de buena fe como cuidador.

6. FUENTES DE INGRESOS BRUTOS

| Fuente de ingresos Para el año fiscal que termina el 31 de diciembre de 2022 | Marque "Sí" en todas sus fuentes de ingresos | | | Documentos requeridos si marcó "Sí" |
|--|--|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| | Solicitante | Cónyuge/ Copropietario | Familiar(es) (descuento \$10 000 de los ingresos brutos de cada familiar) | |
| Salarios/Sueldos, etc. | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | W-2 o 1099 |
| Seguridad social | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | SSA-1099 |
| Pensiones, anualidades o distribución de IRAs | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | 1099-R |
| Intereses | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | 1099-INT |
| Dividendos devengados | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | 1099-DIV |
| Asistencia social y beneficios de SSI | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | Notif. COLA |
| Alquileres o fideicomisos recibidos | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | Schedule E |
| Ganancias de capital | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | Schedule D |
| Ingresos comerciales | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | Schedule C, F |
| Compensación por desempleo | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | 1099-G |
| Otros ingresos | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | Especifique |

7. DECLARACIÓN DEL VALOR NETO DE BIENES Y ACTIVOS

| Bienes y activos Al 31 de diciembre de 2022 | Marque "Sí" en todos sus bienes y activos | | Documentos requeridos si marcó "Sí" |
|---|---|--------------------------------------|--|
| | Solicitante | Cónyuge/Copropietario | |
| Bienes inmuebles adicionales (distintos de la vivienda) | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | Avalúo de impuestos |
| Propiedad personal (automóvil) | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | Avalúo de impuestos o factura |
| Cuentas de cheques / bolsa de valores | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | Estados de cuenta al 31 de diciembre de 2022 |
| Cuentas de ahorros | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | |
| Certificados de depósito | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | |
| IRAs y 401Ks | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | |
| Corretaje, anualidades o fondos mutuos | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | |
| Seguros de vida (valor en efectivo) | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | Anexe la lista y los estados de cuenta al 31 de dic. de 2022 |
| Acciones y bonos | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | |
| Otros bienes y activos | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ | Especifique |

FOR OFFICE USE ONLY (SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA)

| INCOME | APPLICANT | SPOUSE | RELATIVE(S) DEDUCT \$10,000 FROM EACH RELATIVE'S GROSS INCOME |
|-----------------------|-----------------|----------|---|
| SUBTOTAL | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| COMBINED TOTAL | \$ _____ | | |
| ASSETS | APPLICANT | SPOUSE | |
| SUBTOTAL | \$ _____ | \$ _____ | |
| COMBINED TOTAL | \$ _____ | | |

8. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

¿LOS SOLICITANTES TIENEN UN PODER LEGAL (“POA”)? SÍ NO

**SI ES ASÍ, INCLUYAN UNA COPIA COMPLETA DE DICHO PODER LEGAL.*

Yo certifico bajo las sanciones previstas por la ley, que esta solicitud de reducción de impuestos sobre bienes raíces para adultos mayores o personas con discapacidades permanentes, es a mi mejor entender y criterio, correcta, verdadera y completa. **Cualquier persona que reclame esta exención mediante falsedad será culpable de un delito menor. Cualquier persona condenada por reclamar dicha exención mediante falsedad será castigada con una multa que no superior a mil dólares (\$ 1,000) o un encarcelamiento no superior a doce (12) meses, o ambos.**

| | |
|---|-------|
| Firma del solicitante o representante legal (del dueño de la propiedad) | Fecha |
| | |
| Firma del cónyuge o representante legal (del copropietario) | Fecha |
| | |

***SE REQUIEREN LAS FIRMAS ORIGINALES PARA QUE LA SOLICITUD SEA ACEPTADA.
NO SE ACEPTAN SOLICITUDES FOTOCOPIADAS O ENVIADAS POR CORREO ELECTRÓNICO O FAX.***

(OPCIONAL) COMPLETAR ÚNICAMENTE SI DESEAN AÑADIR UNA PERSONA AUTORIZADA:

Si desea autorizar al Departamento de Finanzas de la Ciudad de Richmond a discutir la información contenida en esta solicitud con cualquier persona que no sean ustedes [los solicitantes] y autorizar a dicha persona a recibir información con respecto a su elegibilidad para el Programa de Alivio de Impuestos, por favor completen la siguiente sección.

Nota: Debido a lo descrito en el Código de Virginia §58.1-3, si no se nombra a ninguna persona a continuación, el personal del Departamento de Finanzas no podrá revelar la información contenida en esta solicitud o la documentación de apoyo a ninguna persona diferente a los solicitantes, a menos que se proporcione un poder legal autenticado.

Yo, _____, autorizo a la siguiente persona a recibir o discutir información confidencial relacionada con mi solicitud para el Programa de Reducción de Impuestos de la Ciudad de Richmond.

Nombre completo de la persona autorizada

Dirección, ciudad, estado y código postal de la persona autorizada

Correo electrónico de la persona autorizada

Teléfono de la persona autorizada

Firma del solicitante

Fecha (Mes/Día/Año)