

## Exonération du propriétaire souffrant d'un handicap (Disabled Homeowners' Exemption, DHE)

### Instructions de renouvellement d'application pour l'année 2017-2018

#### Avez-vous droit au renouvellement de l'Exonération du propriétaire souffrant d'un handicap ?

Avez-vous bénéficié de l'Exonération du propriétaire souffrant d'un handicap (DHE) durant l'année fiscale 2016/17 ?  Oui  Non

Est-ce que tous les propriétaires souffrent d'un handicap, **OU** les propriétaires sont-ils époux/ses ou parents de la/des personne(s) souffrant d'un handicap ?  Oui  Non

Est-ce que la propriété est la résidence principale de tous les propriétaires souffrant d'un handicap et leur époux/se, **OU** y a-t-il des propriétaires souffrant d'un handicap en établissement de soins de santé ?  Oui  Non

Est-ce que le revenu total combiné (Total Combined Income, TCI) de tous les propriétaires et époux/ses est égal ou inférieur à 58 399 \$, indépendamment de leur lieu de résidence ? (Le revenu de l'époux/se peut être exclu s'il/elle est absent(e) de la résidence en raison d'un divorce, d'une séparation légale ou d'un abandon.)  Oui  Non



Si vous avez répondu **NON** à l'une de ces questions, il se pourrait que vous **NE SOYEZ PAS** éligible pour le renouvellement de l'**Exonération** du propriétaire souffrant d'un handicap.

---

Si, en raison d'un handicap, vous avez besoin d'un hébergement afin de présenter une demande et de recevoir un service ou de participer à un programme offert par le Ministère des Finances (Department of Finance), nous vous invitons à contacter le Facilitateur des services pour les personnes souffrant d'un handicap (Disability Service Facilitator) via [nyc.gov/contactdofeeo](http://nyc.gov/contactdofeeo) ou en appelant le 311.

---

#### 1. Informations sur la propriété

##### Pourcentage utilisé en tant que résidence principale

Si votre propriété contient quatre unités résidentielles ou plus, veuillez indiquer le pourcentage qui est utilisé en tant que résidence principale. Par exemple : si votre propriété est une résidence pour quatre familles et que vous résidez dans un quart (1/4) de la propriété, le pourcentage qui est utilisé en tant que résidence principale est 25 %. Ou bien, si les propriétaires résident dans la moitié de la propriété (deux des quatre unités), le pourcentage qui est utilisé en tant que résidence principale est 50 %.

##### Informations sur les fiducies/domaines viagers

Veuillez indiquer si la propriété est détenue en fiducie ou par un titulaire de domaine viager. Notez que si la propriété est détenue en fiducie, l'exonération peut être accordée si le bénéficiaire de la fiducie est éligible. Si une personne est bénéficiaire de l'usufruit de la propriété, cette personne est considérée comme propriétaire aux fins d'admissibilité à la DHE.

##### Propriétés supplémentaires détenues

Si vous ou votre époux/se possédez plusieurs propriétés/propriétés supplémentaires, veuillez remplir la Section 4, Propriétés supplémentaires » à la page 3 de la demande. Si vous ne recevez plus d'allocations pour vos propriétés supplémentaires situées en dehors de la ville de New York, vous devez soumettre une lettre provenant du bureau de l'assesseur local du comté/de l'État précisant qu'il n'y a aucune allocation sur ces propriétés.

## 2. Informations sur le propriétaire

Cette section doit être complétée pour tous les propriétaires de la propriété (chaque personne indiquée sur l'acte ou le certificat d'action). Les données de tous les propriétaires sont requises, même s'ils ne résident pas tous à la propriété. Veuillez indiquer si la propriété est la résidence principale pour chaque propriétaire. Si la propriété n'est pas la résidence principale d'un propriétaire, ou si le propriétaire n'est pas présent à la propriété car il/elle reçoit des soins en établissement de soins de santé ou en raison d'un divorce, d'une séparation légale ou d'un abandon, vous devrez en joindre la preuve à la demande.

- Les numéros de sécurité sociale ou les numéros d'identification fiscale (Individual Taxpayer Identification Number, ITIN) doivent être inclus.
- Veuillez indiquer le lien entre le propriétaire et les autres propriétaires de la propriété.

## 3. Informations sur les revenus

### Preuve de revenus

À l'espace prévu en page 3, indiquez le revenu total combiné (TCI) de tous les propriétaires et époux/ses, indépendamment de leur lieu de résidence, pour l'année 2016. Si le revenu de l'année 2016 n'est pas disponible, vous pouvez utiliser celui de 2015. (Le revenu de l'époux/se peut être exclu s'il/elle est absent(e) de la résidence en raison d'un divorce, d'une séparation légale ou d'un abandon.) Veuillez noter que : Ceci n'est pas égal à votre revenu fédéral brut ajusté.

### Sources de revenu

a. Tous les versements de Sécurité sociale (montant total reçu et non le montant imposable)	\$ _____	h. Intérêts (intérêts non imposables compris)	\$ _____
b. Dividendes	\$ _____	i. Revenus provenant de fiducies	\$ _____
c. Gains en capital	\$ _____	j. Revenu net d'une ferme, d'une entreprise ou d'un métier	\$ _____
d. Gains provenant de ventes ou d'échanges	\$ _____	k. Revenu locatif net	\$ _____
e. Paiements de retraite gouvernementale ou privée ou de plan de pension	\$ _____	l. Pension alimentaire ou aide financière	\$ _____
f. Revenus de rente ou de compte IRA	\$ _____	m. Paiements d'assurance emploi, d'invalidité, de compensation, etc.	\$ _____
g. Salaires ou rémunérations (bonus compris)	\$ _____		

### \*Déductions autorisées :

- Frais médicaux et les dépenses relatives aux médicaments sur ordonnance non remboursés. Ceci n'inclut pas les factures médicales impayées.

Si vous avez rempli un formulaire 1040 sur le revenu fédéral et que vous avez complété le Programme A, nous pouvons utiliser les informations sur l'annexe pour les frais médicaux et les dépenses relatives aux médicaments sur ordonnance non remboursés. Vous n'avez pas besoin de nous faire parvenir les reçus médicaux.

**Total des sources de revenus +** \$ \_\_\_\_\_  
(additionnez les montants des lignes a à m)

\*Frais médicaux et dépenses relatives aux médicaments sur ordonnance non remboursés **-** \$ \_\_\_\_\_

**Revenu total combiné =** \$ \_\_\_\_\_

*Le revenu total combiné ne comprend pas :*

- Distributions IRA
- Aide financière (assistance publique)
- Produit de l'hypothèque inversée (les intérêts et dividendes sur l'investissement de ce produit comptent toutefois comme revenu)
- Supplemental Security Income (SSI)
- Cadeaux, héritages
- Remboursement de capital
- Paiement d'indemnités pour persécution nazie
- Paiement du programme fédéral de grand-parent d'accueil

## 4. Attestation

Tous les propriétaires doivent signer et dater la demande de renouvellement, qu'ils résident ou non à la propriété.

# Exonération du propriétaire souffrant d'un handicap (DHE) DEMANDE DE RENOUVELLEMENT POUR 2017/18

**Assurez-vous de faire signer la section Attestation à la page 4 de cette demande  
par TOUS LES PROPRIÉTAIRES.**

**Envoyez la demande remplie par courrier avant le 16 janvier 2018 à :**  
**New York City Department of Finance, P.O. Box 311, Maplewood, N.J. 07040-0311**

VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES

## 1. INFORMATIONS SUR LA PROPRIÉTÉ

ARRONDISSEMENT	BLOC	LOT	NOMBRE DE PARTS COOPÉRATIVES
ADRESSE POSTALE			APPARTEMENT
VILLE		ÉTAT	CODE POSTAL
TYPE DE PROPRIÉTÉ			
<input type="checkbox"/> Condominium <input type="checkbox"/> Logement pour 1 à 3 familles <input type="checkbox"/> Coopérative <input type="checkbox"/> Logement pour 4 familles ou plus			
POUR LES HABITATIONS FAMILIALES AVEC 4 UNITÉS OU PLUS, VEUILLEZ INSCRIRE LE % DE L'ESPACE UTILISÉ POUR LA RÉSIDENCE PRINCIPALE : _____ %			
LA DATE À LAQUELLE VOUS AVEZ ACHETÉ LA PROPRIÉTÉ (mm/jj/aaaa)	INFORMATIONS SUR LA GESTION DE LA COOPÉRATIVE/DU CONDOMINIUM		
	NOM DE LA SOCIÉTÉ	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (      )      –	
EXISTE-T-IL UN DOMAINE VIAGER/UNE FIDUCIE SUR CETTE PROPRIÉTÉ ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
EXISTE-T-IL UNE FIDUCIE SUR CETTE PROPRIÉTÉ ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
AVEZ-VOUS HÉRITÉ DE LA PROPRIÉTÉ ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
POUR LES COOPÉRATIVES UNIQUEMENT : EST-CE QUE VOTRE UNITÉ PROFITE D'UNE EXONÉRATION D'AUGMENTATION DE LOYER POUR LES PERSONNES ÂGÉES (SCRIE) OU D'UNE EXONÉRATION D'AUGMENTATION DE LOYER POUR LES PERSONNES SOUFFRANT D'UN HANDICAP (DRIE) ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
EST-CE QUE LA PROPRIÉTÉ EST LA RÉSIDENCE PRINCIPALE DE TOUS LES PROPRIÉTAIRES SOUFFRANT D'UN HANDICAP ET LEUR ÉPOUX/SE ? (TOUS LES PROPRIÉTAIRES DOIVENT RÉSIDER À LA PROPRIÉTÉ À MOINS QU'ILS NE SOIENT SÉPARÉS JURIDIQUEMENT, DIVORCÉS, ABANDONNÉS OU QU'ILS REÇOIVENT DES SOINS DE SANTÉ DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE SANTÉ)			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
SI LE PROPRIÉTAIRE SOUFFRANT D'UN HANDICAP REÇOIT DES SOINS DE SANTÉ DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE SANTÉ, HABITEZ-VOUS SEUL(E) À LA PROPRIÉTÉ ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## 2. INFORMATIONS SUR LE(S) PROPRIÉTAIRE(S)

- Pour un domaine viager, veuillez fournir les informations du détenteur de l'usufruit et de l'époux/se.
- Pour une fiducie, veuillez fournir les informations du propriétaire pour le bénéficiaire/le fiduciaire et une copie de l'Accord de fiducie au complet.
- Si un propriétaire est décédé, ne pas inclure les informations. Envoyez une copie de l'acte de décès.
- Si le propriétaire a hérité de la propriété, veuillez soumettre une copie du dernier testament et de la dernière homologation ou de la dernière ordonnance du tribunal.
- Pour les propriétaires qui sont divorcés, légalement séparés ou abandonnés, ne pas inclure les informations du propriétaire absent. Envoyez une copie des documents juridiques.
- Pour les propriétaires qui reçoivent des soins médicaux dans un établissement de soins de santé, envoyez la documentation de l'établissement en question.

**2. INFORMATIONS SUR LE(S) PROPRIÉTAIRE(S) (SUITE)****Propriétaire 1 :**

NOM (PRÉNOM, NOM DE FAMILLE)	
DATE DE NAISSANCE (mm/jj/aaaa)	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE/NUMÉRO ITIN
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ( ) —	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PORTABLE ( ) —
ADRESSE E-MAIL	S'AGIT-IL DE LA RÉSIDENCE PRINCIPALE DU PREMIER (1ER) PROPRIÉTAIRE ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Propriétaire 2 :**

NOM (PRÉNOM, NOM DE FAMILLE)	
DATE DE NAISSANCE (mm/jj/aaaa)	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE/NUMÉRO ITIN
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ( ) —	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PORTABLE ( ) —
ADRESSE E-MAIL	S'AGIT-IL DE LA RÉSIDENCE PRINCIPALE DU DEUXIÈME (2E) PROPRIÉTAIRE ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
LES PROPRIÉTAIRES 1 ET 2 SONT-ILS MARIÉS ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	LES PROPRIÉTAIRES 1 ET 2 SONT-ILS FRÈRES ET SOEURS ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Propriétaire 3 :**

NOM (PRÉNOM, NOM DE FAMILLE)	
DATE DE NAISSANCE (mm/jj/aaaa)	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE/NUMÉRO ITIN
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ( ) —	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PORTABLE ( ) —
ADRESSE E-MAIL	S'AGIT-IL DE LA RÉSIDENCE PRINCIPALE DU TROISIÈME (3E) PROPRIÉTAIRE ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
LIEN AVEC LES PROPRIÉTAIRES 1 ET 2	

**Coordonnées du représentant du propriétaire :**

Si un parent ou tuteur désigné est responsable de la gestion des affaires du propriétaire relatives à cette demande, veuillez en fournir la preuve.

NOM (PRÉNOM, NOM DE FAMILLE)	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ( ) —	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PORTABLE ( ) —
ADRESSE E-MAIL	
LIEN AVEC LES PROPRIÉTAIRES	

La modification de la Loi fédérale de 1974 sur la protection de la vie privée (Federal Privacy Act) impose aux organismes d'informer les personnes dont ils demandent le numéro de sécurité sociale s'il est facultatif ou obligatoire de satisfaire cette demande, de la raison pour laquelle ils demandent cette information et du but dans lequel les données seront utilisées. Pour les demandeurs et les occupants touchant des revenus, il est obligatoire de fournir le numéro de sécurité sociale conformément à l'article 11-102.1 du Code administratif de la Ville de New York. Ce numéro figurant sur les déclarations fiscales est nécessaire pour des raisons d'administration fiscale. Il sera utilisé pour faciliter le traitement des déclarations ainsi que pour instaurer et maintenir un système uniformisé servant à l'identification des contribuables qui sont ou pourraient être soumis aux impôts gérés et collectés par le Ministère des Finances. Avec d'autres informations figurant sur la déclaration fiscale des contribuables, ce numéro peut être divulgué à d'autres Ministères, personnes, organismes ou entités si la loi l'impose ou si le demandeur ou les occupants touchant des revenus donnent leur accord écrit au Ministère des Finances.

**3. INFORMATIONS SUR LE REVENU TOTAL COMBINÉ**

**REVENU TOTAL COMBINÉ (TCI), VOIR LA SECTION 3 DES INSTRUCTIONS AFIN DE DÉTERMINER LE REVENU QUI DOIT ÊTRE INCLUS AU TCI. SOUSTRAIRE LES FRAIS MÉDICAUX ET LES DÉPENSES RELATIVES AUX MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE NON REMBOURSÉS.**

Indiquez le revenu total combiné de 2016 pour tous les propriétaires et époux/ses, indépendamment de leur lieu de résidence et si leur nom figure, ou non, sur l'acte. \$ \_\_\_\_\_

Lerevenu d'un époux peut être exclu s'il est absent de la résidence en raison d'un divorce, d'une séparation légale ou d'un abandon. Envoyez les documents juridiques.

**Remarque:** Si le revenu de l'année 2016 n'est pas disponible, vous pouvez utiliser celui de 2015.

**Vous DEVEZ fournir les documents suivants pour introduire la demande de renouvellement de l'Exonération du propriétaire souffrant d'un handicap.**

**Preuve de revenus (pour tous les propriétaires) :**

**Si vous n'avez pas introduit de déclaration fiscale en 2016 et 2015, ne cochez pas cette case.**

Si vous ou votre époux/se avez introduit une déclaration d'impôts personnels de l'État de New York et fédérale pour l'année 2016 ou 2015, veuillez cocher la case si vous autorisez le Ministère des Finances de la ville de New York à utiliser les déclarations d'impôts les plus récentes provenant du Internal Revenue Service du New York State Department of Taxation & Finance DOF (Ministère des Finances et des Impôts de l'État de New York) afin de traiter votre demande au lieu d'envoyer des copies de ces documents. **OU**

✓ Veuillez soumettre une copie de la déclaration d'impôts personnels fédérale et de l'État de New York pour l'année fiscale 2016 ou 2015, celle qui est la plus récente, avec la demande pour tous les propriétaires et époux/ses, indépendamment de leur lieu de résidence et si leur nom figure, ou non, sur l'acte. **OU**

✓ Si vous n'avez pas introduit de déclaration d'impôts personnels fédérale pour l'année 2016 ou 2015, veuillez alors soumettre une vérification du revenu pour 2016 ou 2015, l'année la plus récente pour laquelle vous disposez de données, comme : La déclaration d'impôts de l'État, les formulaires 1099 de la Sécurité sociale, les formulaires 1099, la pension, les rentes, la pension alimentaire, le chômage, l'indemnisation des salariés, le revenu locatif, etc.

**Déductions autorisées, le cas échéant :**

- ✓ Les copies des frais médicaux et les dépenses relatives aux médicaments sur ordonnance non remboursés pour 2016. Si 2016 n'est pas disponible, vous pouvez utiliser 2015. NE PAS envoyer des copies de factures impayées. Si vous avez rempli un formulaire 1040 sur le revenu fédéral et que vous avez complété le Programme A, nous pouvons utiliser les informations sur l'annexe pour les frais médicaux et les dépenses relatives aux médicaments sur ordonnance non remboursés. Vous n'avez pas besoin de nous faire parvenir les reçus médicaux.
- ✓ Les preuves des frais médicaux et les dépenses relatives aux médicaments sur ordonnance non remboursés doivent dater de la même année fiscale que la documentation sur le revenu soumise.

**4. PROPRIÉTÉS SUPPLÉMENTAIRES DÉTENUES (LE CAS ÉCHÉANT)**

Est-ce que les propriétaires détiennent des propriétés supplémentaires ?  Oui  Non  
SI NON, VEUILLEZ PASSER À LA SECTION ATTESTATION, À LA PAGE 4.

SI OUI, COMBIEN DE PROPRIÉTÉS EN TOUT LES PROPRIÉTAIRES POSSÈDENT-ILS ?

Veuillez compléter la section suivante pour chaque propriété supplémentaire. Si la propriété se trouve dans la ville de New York, veuillez fournir le numéro d'Arrondissement/Bloc/Lot.

**Première propriété supplémentaire :**

ARRONDISSEMENT	BLOC	LOT	OU	PARCELLE
NOM DU PROPRIÉTAIRE				
ADRESSE POSTALE				APPARTEMENT
VILLE			ÉTAT	CODE POSTAL
EXONÉRATIONS REÇUES				
<input type="checkbox"/> Basic STAR (de base)/ Enhanced STAR (améliorée)	<input type="checkbox"/> Personne âgée	<input type="checkbox"/> Personne handicapée	<input type="checkbox"/> Ancien combattant	<input type="checkbox"/> Autre : _____
Un propriétaire et son époux/se ne peuvent obtenir des exonérations sur plus d'une propriété, à moins que l'époux/se ou l'ex-époux/se ne soit absent en raison d'un divorce, d'une séparation légale ou d'un abandon. <i>Dans l'un de ces cas, veuillez soumettre une copie des documents juridiques.</i>				

**4. PROPRIÉTÉS SUPPLÉMENTAIRES DÉTENUES (LE CAS ÉCHÉANT) (SUITE)****Deuxième propriété supplémentaire :**

ARRONDISSEMENT	BLOC	LOT	OU	PARCELLE
NOM DU PROPRIÉTAIRE				
ADRESSE POSTALE				APPARTEMENT
VILLE			ÉTAT	CODE POSTAL
EXONÉRATIONS REÇUES				
<input type="checkbox"/> Basic STAR (de base)/ Enhanced STAR (améliorée) <input type="checkbox"/> Personne âgée <input type="checkbox"/> Personne handicapée <input type="checkbox"/> Ancien combattant <input type="checkbox"/> Autre : _____				
<p>Un propriétaire et son époux/se ne peuvent obtenir des exonérations sur plus d'une propriété, à moins que l'époux/se ou l'ex-époux/se ne soit absent en raison d'un divorce, d'une séparation légale ou d'un abandon.</p> <p><i>Dans l'un de ces cas, veuillez soumettre une copie des documents juridiques.</i></p>				

**5. CERTIFICATION**

Veuillez lire attentivement et signer l'attestation ci-dessous. Votre demande ne sera pas complète si elle n'est pas signée. Je certifie que toutes les déclarations effectuées sur cette demande sont, à ma connaissance, complètes, authentiques et exactes et qu'aucune fausse déclaration volontaire des faits matériels n'a été faite de ma part. Je suis conscient que cette déclaration est soumise à un audit et si le Ministère des Finances en vient à déterminer que j'ai fait de fausses déclarations, il se pourrait que je perde toute exonération future et je serai également tenu de payer toutes les taxes applicables, intérêts accumulés et amendes maximales prévues par la loi.

**Tous les propriétaires sont requis de signer et de dater cette demande, qu'ils résident ou non à la propriété.**

NOM DU 1ER PROPRIÉTAIRE (MAJUSCULES)	SIGNATURE DU 1ER PROPRIÉTAIRE	DATE DE LA DEMANDE
NOM DU 2E PROPRIÉTAIRE (MAJUSCULES)	SIGNATURE DU 2E PROPRIÉTAIRE	DATE DE LA DEMANDE
NOM DU 3E PROPRIÉTAIRE (MAJUSCULES)	SIGNATURE DU 3E PROPRIÉTAIRE	DATE DE LA DEMANDE

**Avez-vous...**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indiqué le revenu total combiné à l'espace prévu à la page 3 ?                      | <input type="checkbox"/> Joint les copies de tous les documents nécessaires ?              |
| <input type="checkbox"/> Vérifié votre demande afin de vous assurer d'avoir répondu à toutes les questions ? | <input type="checkbox"/> Signé et daté la demande ?  |
|  | <input type="checkbox"/> Conservé une copie de votre demande complétée dans vos dossiers ? |

**En cas de questions, veuillez envoyer un e-mail à [recertify@finance.nyc.gov](mailto:recertify@finance.nyc.gov) ou appeler le 311.**

**Envoyez votre demande avant le 16 janvier 2018 :**

**PAR COURRIER :**

New York City Department of Finance  
P.O. Box 311, Maplewood, N.J. 07040-0311

**Vous recevrez une lettre de confirmation du Ministère des Finances une fois que nous aurons reçu votre demande.**