

Exención para Propietarios Discapacitados (Disabled Homeowners' Exemption, DHE)

Instrucciones para la solicitud de renovación para el período 2017/18

¿Es elegible para la Renovación de la Exención para Propietarios Discapacitados?

¿Recibió usted la Exención para Propietarios Discapacitados (DHE) para el año fiscal 2016/17? Sí No

¿Todos los propietarios son personas discapacitadas **O** son otros propietarios los cónyuges o hermanos de la persona o personas con discapacidad? Sí No

¿El inmueble es la vivienda principal de todos los propietarios discapacitados y sus cónyuges, **O** alguno de los propietarios discapacitados recibe atención médica en un centro de salud? Sí No

¿El ingreso total combinado (Total Combined Income, TCI) para todos los propietarios y sus cónyuges es igual o inferior a \$58,399, independientemente de dónde vivan? (Debe excluirse el ingreso de un cónyuge si el mismo está ausente de la vivienda por razones de divorcio, separación legal o abandono). Sí No



En caso de haber respondido **NO** a alguna de estas preguntas, es posible que usted **NO SEA** elegible para la renovación de la Exención para Propietarios Discapacitados.

Si debido a una discapacidad necesita alojamiento para solicitar y recibir un servicio o para participar en un programa ofrecido por el Departamento de Finanzas (Department of Finance), comuníquese con el Facilitador del Servicio de Discapacidad (Disability Service Facilitator) en nyc.gov/contactdofeeo o llame al 311.

1. Información sobre la propiedad

Porcentaje que se usa como vivienda principal

Si su inmueble tiene cuatro o más unidades residenciales, indique el porcentaje usado como su vivienda principal. Por ejemplo: si el inmueble es una vivienda de cuatro familias y usted vive en un cuarto (1/4) de la propiedad, el porcentaje utilizado como vivienda principal es 25%. O bien, si los propietarios viven en la mitad del inmueble (2 de las 4 unidades), el porcentaje usado como vivienda principal es del 50%.

Información sobre el patrimonio vitalicio/fideicomiso

Indique si la titularidad del inmueble es de un fideicomiso o la detenta un titular de patrimonio vitalicio. Tenga en cuenta que, si la titularidad del inmueble está en fideicomiso, se podrá permitir la exención si el beneficiario del fideicomiso reúne las condiciones. Si una persona detenta la titularidad de un patrimonio vitalicio en el inmueble, esa persona es el propietario a los efectos de la elegibilidad para la DHE.

Titularidad de otros inmuebles

Si usted o su cónyuge poseen otros o varios inmuebles, llene la Sección 4, "Otros inmuebles", en la página 3 de la solicitud. Si ya no recibe beneficios por la propiedad adicional fuera de la Ciudad de Nueva York, debe enviar una nota de la Oficina del Asesor local del condado/estado, en la cual deberá indicar que no hay beneficios vigentes sobre otra propiedad.

2. Información sobre el propietario

Esta sección debe completarse para todos los propietarios de la propiedad (cada persona incluida en la escritura o en el certificado de acciones). La información sobre todos los propietarios es necesaria, aunque no todos los propietarios habiten en el inmueble.

Indique si el inmueble es la vivienda principal de cada propietario. Si el inmueble no es la vivienda principal de uno de los propietarios, o si el propietario está ausente debido a que recibe atención médica en un centro de salud o por causa de divorcio, separación legal o abandono, debe presentar una constancia junto con la solicitud.

- Se debe incluir los Números de Seguro Social o el Número de Identificación Personal del Contribuyente (Individual Taxpayer Identification Number, ITIN).
- Indique el parentesco del propietario con los demás propietarios del inmueble.

3. Información sobre los ingresos

Constancia de ingresos

En el recuadro de la página 3, indique el ingreso total combinado para todos los propietarios y cónyuges, independientemente de dónde vivan, para el año calendario 2016. Si no está disponible la información de ingresos para el 2016, puede utilizar la de 2015. (Debe excluirse el ingreso de un cónyuge si el mismo está ausente de la vivienda por razones de divorcio, separación legal o abandono). Tenga en cuenta que: Este no es su Ingreso Bruto Federal Ajustado.

Fuentes de ingresos

a. Todos los pagos del Seguro Social (deben consistir en el monto completo recibido, no la base imponible).	\$ _____	h. Intereses (incluyendo intereses no imponibles)	\$ _____
b. Dividendos	\$ _____	i. Ingresos de fideicomisos	\$ _____
c. Plusvalía	\$ _____	j. Ganancias netas de agricultura, negocios o profesión	\$ _____
d. Ganancias de ventas o intercambios	\$ _____	k. Ingresos netos por renta	\$ _____
e. Pagos de planes de jubilación, o pensión gubernamentales o privados	\$ _____	l. Manutención o ayuda económica	\$ _____
f. Ganancias de la Cuenta Personal de Jubilación (Individual Retirement Account, IRA) y de anualidades	\$ _____	m. Pagos del seguro de desempleo, pagos por discapacidad, compensación a los trabajadores, etc.	\$ _____
g. Salarios y sueldos (incluyendo bonos)	\$ _____		

*Deducciones permitidas:

- Gastos médicos y de medicamentos recetados no reembolsados. Esto no contempla las facturas de gastos sin pagar.

Si presentó la Declaración de Impuestos Federales 1040 y completó el Anexo A, podemos utilizar la información en el anexo para los gastos médicos o de medicamentos o de recetas médicas pagos que no han sido reembolsados.

No tiene que enviar los recibos.

Fuentes de ingresos totales + \$ _____
(agregue las líneas a-m)

*Gastos médicos y de medicamentos recetados no reembolsables - \$ _____

Ingreso total combinado = \$ _____

El Ingreso total combinado no incluye:

- Distribuciones de la IRA
- Ayuda en efectivo (ayuda pública)
- Activos de hipoteca inversa (pero cualquier interés o dividendo obtenido a partir de las inversiones de dichos activos constituye un ingreso)
- Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)
- Obsequios, herencias
- Retorno de capital
- Pagos de indemnización por persecución nazi
- Pago del Programa Federal Abuelos Adoptivos

4. Certificación

Todos los propietarios deben firmar y colocar la fecha en esta solicitud de renovación, independientemente de si residen o no en la propiedad.

Exención para Propietarios Discapacitados (Disabled Homeowners' Exemption, DHE) SOLICITUD DE RENOVACIÓN PARA 2017/18

Asegúrese de que TODOS LOS PROPIETARIOS firmen la sección de certificación de esta solicitud, en la página 4.

**Envíe por correo la solicitud completa antes del 16 de enero de 2018 a:
New York City Department of Finance, P.O. Box 311, Maplewood, N.J. 07040-0311**

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA

1. INFORMACIÓN SOBRE LA PROPIEDAD:

MUNICIPIO	CUADRA	PARCELA	N.º DE ACCIONES COOPERATIVAS
CALLE			APTO.
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TIPO DE PROPIEDAD <input type="checkbox"/> Unidad de condominio <input type="checkbox"/> Vivienda de 1 a 3 familias <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Vivienda de 4+ familias <small>SI CORRESPONDE A UNA UNIDAD FAMILIAR DE 4 O MÁS UNIDADES, INGRESE EL % DE ESPACIO USADO COMO VIVIENDA PRINCIPAL: _____ %</small>			
FECHA EN QUE ADQUIRIÓ EL INMUEBLE (mm/dd/aaaa)	INFORMACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA COOPERATIVA/CONDOMINIO		
	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA		NÚMERO TELEFÓNICO () -
¿EXISTE UN PATRIMONIO VITALICIO/FIDEICOMISO SOBRE ESTE INMUEBLE?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿EXISTE UN FIDEICOMISO SOBRE ESTE INMUEBLE?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿EL INMUEBLE SE LE OTORGÓ A USTED EN UN TESTAMENTO?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
SOLO PARA COOPERATIVAS: ¿SU UNIDAD RECIBE UNA EXENCIÓN DEL AUMENTO DE LA RENTA PARA PERSONAS DE LA TERCERA EDAD (SENIOR CITIZEN RENT INCREASE EXEMPTION, SCRIE) O UNA EXENCIÓN DEL AUMENTO DE LA RENTA POR MOTIVOS DE DISCAPACIDAD (DISABILITY RENT INCREASE EXEMPTION, DRIE)?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿EL INMUEBLE ES LA VIVIENDA PRINCIPAL PARA TODOS LOS PROPIETARIOS CON DISCAPACIDAD Y SUS CÓNYUGES? (TODOS LOS PROPIETARIOS DEBEN VIVIR EN LA PROPIEDAD A MENOS QUE ESTÉN SEPARADOS LEGALMENTE, DIVORCIADOS, DESATENDIDOS O RECIBIENDO ATENCIÓN MÉDICA EN UN CENTRO DE SALUD)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿SI EL PROPIETARIO CON DISCAPACIDAD RECIBE ATENCIÓN MÉDICA EN UN CENTRO DE SALUD, USTED VIVE SOLO EN EL INMUEBLE?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

2. INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO

- Para un patrimonio vitalicio, suministre la información del propietario respecto al titular del patrimonio vitalicio y su cónyuge.
- Para un fideicomiso, suministre información del propietario para el beneficiario/fiduciario y envíe copia de todo el Acuerdo de Fideicomiso.
- Si un propietario falleció, no incluya la información. Entregue copia del certificado de defunción.
- Si el inmueble se otorgó a un propietario en un testamento, entregue una COPIA de la última voluntad y testamento, sucesión u orden del tribunal.
- Para propietarios divorciados, separados legalmente o abandonados, no incluya la información del propietario ausente. Entregue copia de los documentos judiciales.
- Para un propietario que recibe atención médica en un centro de atención médica, presente los documentos de dicho centro.

2. INFORMACIÓN DEL (DE LOS) PROPIETARIO(S) (CONTINUACIÓN)**Propietario 1:**

NOMBRE COMPLETO (NOMBRE, APELLIDO)	
FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)	SEGURO SOCIAL / NÚMERO DE ITIN
NÚMERO TELEFÓNICO () -	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR () -
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	¿ESTA ES LA VIVIENDA PRINCIPAL DEL PROPIETARIO 1? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Propietario 2:

NOMBRE COMPLETO (NOMBRE, APELLIDO)	
FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)	SEGURO SOCIAL / NÚMERO DE ITIN
NÚMERO TELEFÓNICO () -	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR () -
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	¿ESTA ES LA VIVIENDA PRINCIPAL DEL PROPIETARIO 2? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿LOS PROPIETARIOS 1 Y 2 ESTÁN CASADOS EL UNO CON EL OTRO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿LOS PROPIETARIOS 1 Y 2 SON HERMANOS (HERMANAS)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Propietario 3:

NOMBRE COMPLETO (NOMBRE, APELLIDO)	
FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)	SEGURO SOCIAL / NÚMERO DE ITIN
NÚMERO TELEFÓNICO () -	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR () -
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	¿ESTA ES LA VIVIENDA PRINCIPAL DEL PROPIETARIO 3? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
PARENTESCO CON LOS PROPIETARIOS 1 Y 2	

Información de contacto del representante del propietario:

Si un pariente o tutor designado se encarga de manejar los asuntos relacionados con el propietario con respecto a esta solicitud, sírvase suministrar la documentación.

NOMBRE COMPLETO (NOMBRE, APELLIDO)	
NÚMERO TELEFÓNICO () -	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR () -
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
PARENTESCO CON LOS PROPIETARIOS	

La Ley Federal de Privacidad de 1974, con sus enmiendas, exige que las agencias que solicitan los números del Seguro Social informen a las personas de quienes obtienen esta información si el cumplimiento es voluntario u obligatorio, por qué se solicita la información y cómo se usará. La divulgación de los números del Seguro Social de los solicitantes y los ocupantes que generan ingresos es obligatoria según lo dispuesto en el artículo 11-102.1 del Código Administrativo de la Ciudad de Nueva York. Los números del Seguro Social que se divulgan en informes o declaraciones de impuestos se solicitan a los fines de la administración tributaria y se usarán para facilitar el procesamiento de informes así como para establecer y mantener un sistema uniforme de identificación de los contribuyentes que están o pueden estar sujetos al pago de los impuestos administrados y recaudados por el Departamento de Finanzas. Dichos números también pueden divulgarse, como parte de la información contenida en la declaración de impuestos del contribuyente a otro departamento, persona, agencia o entidad que la ley exija, o si el solicitante o los ocupantes que generan ingresos otorgan la autorización por escrito al Departamento de Finanzas.

3. INFORMACIÓN DE INGRESO TOTAL COMBINADO

INGRESO TOTAL COMBINADO (TCI), CONSULTE LA SECCIÓN 3 DE LAS INSTRUCCIONES PARA ESTABLECER QUÉ INGRESO DEBE INCLUIRSE EN EL TCI. ELIMINE CUALQUIER GASTO MÉDICO Y DE MEDICAMENTOS RECETADOS NO REEMBOLSADOS.

Ingrese su ingreso total combinado correspondiente al ejercicio fiscal 2016, de todos los propietarios y cónyuges, independientemente de dónde vivan o si sus nombres aparecen o no en el título de la propiedad. Puede excluirse el ingreso del cónyuge, si está ausente de la vivienda por causa de divorcio, una separación legal o abandono. Presente documentos judiciales. \$ _____

Nota: Si la información sobre la renta correspondiente al ejercicio fiscal 2016 no está disponible, puede utilizar la de 2015.

Usted DEBE suministrar los siguientes documentos para renovar la Exención para Propietarios Discapacitados.

Constancia de ingresos (para todos los propietarios):

Si no hizo declaraciones personales de impuestos correspondientes al ejercicio fiscal 2016 o 2015, no marque esta casilla.

Si usted o usted y su cónyuge hicieron declaraciones de impuesto sobre la renta de persona natural a nivel federal y del estado de Nueva York correspondientes al año fiscal 2016 o 2015, marque esta casilla si autoriza al Departamento de Finanzas de la Ciudad de Nueva York para que utilice la información suministrada en la última declaración de impuesto sobre la renta que recibió dicho departamento del Servicio de Rentas Internas y del Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado de Nueva York para gestionar su solicitud, en lugar de enviar copias de los documentos.

Entregue una copia de sus declaraciones de impuesto sobre la renta de persona natural a nivel federal y del estado de Nueva York correspondiente a los años fiscales 2016 o 2015, cualquiera que sea el año más reciente que haya presentado, con la solicitud de todos los propietarios y sus cónyuges, sin importar dónde residan e independientemente de que sus nombres aparezcan o no en el título de propiedad.

Si no ha hecho la declaración de impuesto sobre el ingreso federal para el año 2016 o 2015, entonces envíe la verificación de ingresos para el año 2016 o 2015, la que pertenezca al año fiscal más reciente del que tenga información, como por ejemplo: Declaración estatal de impuestos sobre la renta, formulario 1099(s) del Seguro Social, formularios 1099, pensión de jubilación, anualidades, manutención, desempleo, compensación a los trabajadores, rentas por arrendamientos, etc.

Deducciones permitidas, si corresponde:

Copias de los gastos médicos o de medicamentos recetados pagos no reembolsados del año 2016. Si no dispone de la información de 2016, puede utilizar la de 2015. NO envíe copias de facturas no canceladas. Si realizó la declaración federal de impuestos sobre la renta con el formulario 1040 y llenó un anexo A, podemos utilizar la información en dicho anexo para los gastos médicos o de medicamentos recetados pagos no reembolsados. No tiene que enviar los recibos.

La constancia de gastos médicos y de medicamentos recetados no reembolsados debe corresponder al mismo ejercicio fiscal de la documentación presentada de ingresos.

4. TITULARIDADES DE PROPIEDADES ADICIONALES (DE EXISTIR ALGUNO)

¿Algún propietario posee otra propiedad? Sí No

EN CASO NEGATIVO, DIRÍJASE A LA SECCIÓN DE CERTIFICACIÓN EN LA PÁGINA 4.

SI LA RESPUESTA ES SÍ,
¿CUÁNTAS PROPIEDADES
ADICIONALES EN CONJUNTO
TIENEN TODOS LOS
PROPIETARIOS?

Llene con los datos correspondientes por cada inmueble adicional. Si la propiedad está localizada en la ciudad de Nueva York, proporcione el número de municipio, cuadra o parcela.

Propiedad adicional 1:

MUNICIPIO	CUADRA	PARCELA	<input type="radio"/>	IDENTIFICACIÓN DE LA PARCELA
NOMBRE DEL (DE LOS) PROPIETARIO(S)				
CALLE			APARTAMENTO	
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

EXENCIONES RECIBIDAS

Programa STAR básico/
Programa STAR mejorado Tercera edad Discapacitados Veteranos Otro: _____

Un propietario y su cónyuge no pueden recibir exenciones por más de una propiedad, salvo que el cónyuge o excónyuge no se encuentre presente por motivos de divorcio, separación legal o abandono. *De aplicar alguno de los anteriores, envíe una copia de los documentos judiciales.*

4. TITULARIDAD DE PROPIEDADES ADICIONALES (DE EXISTIR ALGUNO) (CONTINUACIÓN)

Propiedad adicional 2:

MUNICIPIO	CUADRA	PARCELA	<input type="radio"/>	IDENTIFICACIÓN DE LA PARCELA
NOMBRE DEL (DE LOS) PROPIETARIO(S)				
CALLE			APARTAMENTO	
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
EXENCIONES RECIBIDAS				
<input type="checkbox"/> Programa STAR básico/ Programa STAR mejorado <input type="checkbox"/> Tercera edad <input type="checkbox"/> Discapacitados <input type="checkbox"/> Veteranos <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Un propietario y su cónyuge no pueden recibir exenciones por más de una propiedad, salvo que el cónyuge o excónyuge no se encuentre presente por motivos de divorcio, separación legal o abandono. <i>De aplicar alguno de los anteriores, envíe una copia de los documentos judiciales.</i>				

5. CERTIFICACIÓN

Lea con cuidado y firme la certificación a continuación. Su solicitud no está completa si no firma.

Certifico que todas las afirmaciones incluidas en esta solicitud son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender y que no he realizado declaraciones falsas intencionales sobre hechos materiales. Comprendo que esta información está sujeta a auditoría, y si el Departamento de Finanzas determina que he realizado una declaración falsa, podría no recibir futuras exenciones y seré responsable por todos los impuestos vigentes adeudados, interés acumulado y la sanción máxima permitida por ley.

Todos los propietarios deben firmar y colocar la fecha en esta solicitud, independientemente de si residen o no en el inmueble.

NOMBRE EN IMPRENTA DEL PROPIETARIO 1	FIRMA DEL PROPIETARIO 1	FECHA DE SOLICITUD
NOMBRE EN IMPRENTA DEL PROPIETARIO 2	FIRMA DEL PROPIETARIO 2	FECHA DE SOLICITUD
NOMBRE EN IMPRENTA DEL PROPIETARIO 3	FIRMA DEL PROPIETARIO 3	FECHA DE SOLICITUD

Usted...

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ¿Indicó su ingreso total combinado en el recuadro dispuesto en la página 3? | <input type="checkbox"/> ¿Adjuntó copias de todos los documentos solicitados? |
| <input type="checkbox"/> ¿Revisó la solicitud para asegurarse de que todas las preguntas estén respondidas? | <input type="checkbox"/> ¿Firmó y fechó la solicitud? |
| | <input type="checkbox"/> ¿Conservó una copia de la solicitud ya llena como constancia? |

Si tiene alguna pregunta, escriba al correo electrónico a recertify@finance.nyc.gov o llame al 311. Envíe su solicitud antes del 16 de enero de 2018:

POR CORREO:

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

Recibirá una carta de acuse de recibo del Departamento de Finanzas una vez que hayamos recibido su solicitud.