

Exención para Propietarios Discapacitados (Disabled Homeowner Exemption, DHE) Instrucciones para la solicitud de renovación para el período 2017/18

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

¿Recibe usted la Exención para Propietarios Discapacitados para el presente año fiscal (2016/17)?

Sí No

¿Son todos los propietarios personas con discapacidades **O** los demás propietarios son cónyuges o hermanos de la(s) persona(s) discapacitada(s)?

Sí No

¿La propiedad es la vivienda principal de los propietarios con discapacidades y sus cónyuges **O** alguno de los propietarios vive en un centro de atención médica? (Un propietario discapacitado que viva en un centro de atención médica no está en la obligación de cumplir el requisito de vivienda principal).

Sí No

¿El ingreso total combinado (Total Combined Income, TCI) de todos los propietarios y cónyuges es igual o inferior a \$37,399, independientemente de donde vivan? (Se puede descartar el ingreso de un cónyuge si no se encuentra en la vivienda debido a un divorcio, separación legal o abandono).

Sí No



Si responde **NO** a alguna de estas preguntas, es posible que usted **NO SEA** elegible para una renovación de la Exención para Propietarios Discapacitados.

Si necesita una adaptación médica o por discapacidad para solicitar y recibir un servicio, o para participar en un programa ofrecido por el Departamento de Finanzas, le invitamos a comunicarse con el Facilitador de Servicios de Discapacidad a través del número 311.

1. Información de la propiedad

La solicitud de renovación se llena automáticamente con la información de municipio, cuadra y parcela (Borough, Block and Lot, BBL) y dirección de la propiedad que se va a renovar. No use este formulario para ningún otra propiedad además de la mencionada.

Porcentaje usado como vivienda principal

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

Información sobre patrimonio vitalicio/fideicomiso.

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

Titularidad de propiedades adicionales

Si usted o su cónyuge son propietarios de otras/varias propiedades, llene la Sección 4, "Otras propiedades", en la página 3 de la solicitud. Si ya no recibe beneficios sobre otras propiedades fuera de la Ciudad de Nueva York (New York City, NYC), debe entregar una carta emitida por la oficina local del perito del condado/estado, que indique la ausencia de beneficios sobre esas propiedades.

2. Información del 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 de todos los propietarios es obligatoria, incluso si no todos viven en la propiedad.

Indique si la propiedad es la vivienda principal de cada propietario. Si la propiedad no es la vivienda principal de un propietario, o si este no se encuentra en la propiedad debido a una reclusión en un hospital/asilo de ancianos, o debido a un divorcio, separación legal o abandono, debe entregar una constancia con la solicitud.

- Se deben 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 de la propiedad.

3. Información de ingresos de la unidad familiar

Constancia de ingresos

En el recuadro de la página 3, indique el ingreso total combinado para todos los propietarios y cónyuges, independientemente de donde vivan, para el año calendario 2016. Si no está disponible la información de ingresos para el 2016, puede usar la del 2015. (Se puede descartar el ingreso de un cónyuge si no se encuentra en la vivienda debido a un divorcio, separación legal o abandono). Tenga en cuenta que: Esto no corresponde a sus Ingresos Brutos Federales Ajustados.

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 ordinarios | \$ _____ | i. Ingresos de fideicomisos | \$ _____ |
| c. Plusvalías | \$ _____ | 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 de 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 reembolsables. Esto no contempla facturas de gastos sin pagar.

Si usted presentó la Declaración de Impuestos Federales 1040 y llenó el anexo A, podemos usar la información de dicho formulario para los gastos médicos 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 | - Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) |
| - Ayuda en efectivo (ayuda pública) | - Obsequios, herencias |
| - Activos de hipoteca inversa (pero cualquier interés o dividendo obtenido a partir de las inversiones de dichos activos constituye un ingreso) | - Retorno de capital |
| | - Pagos de indemnización por persecución Nazi |
| | - Pago del Programa Federal de Abuelos Adoptivos |

4. Certificación

Todos los propietarios deben firmar y colocar la fecha en la solicitud de renovación, sin importar si viven o no en la propiedad.

Exención para Propietarios Discapacitados

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 llena antes del 15 de marzo de 2017, a la dirección:
New York City Department of Finance, P.O. Box 311, Maplewood, N.J. 07040-0311**

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA

1. INFORMACIÓN DE LA PROPIEDAD

| | | | |
|--|---|---|--|
| MUNICIPIO | CUADRA | PARCELA | N° 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 | SI CORRESPONDE A UNA UNIDAD FAMILIAR DE 4 O MÁS UNIDADES, INGRESE EL % DE ESPACIO USADO COMO VIVIENDA PRINCIPAL: _____ % |
| | <input type="checkbox"/> Cooperativa | <input type="checkbox"/> Vivienda de 4+ familias | |
| FECHA EN QUE ADQUIRIÓ LA PROPIEDAD (dd/mm/aaaa) | INFORMACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN COOPERATIVA/CONDOMINIO | | |
| | NOMBRE DE LA EMPRESA | NÚMERO TELEFÓNICO () | — |
| ¿EXISTE UN PATRIMONIO VITALICIO/FIDEICOMISO PARA ESTA PROPIEDAD? | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿LA PROPIEDAD 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 CIUDADANOS 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 |
| ¿LA PROPIEDAD ES LA VIVIENDA PRINCIPAL DE TODOS LOS PROPIETARIOS CON DISCAPACIDAD Y SUS CÓNYUGES? (TODOS LOS PROPIETARIOS DEBEN VIVIR EN LA PROPIEDAD A MENOS QUE ESTÉN SEPARADOS LEGALMENTE, DIVORCIADOS, ABANDONADOS O VIVAN EN UN CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA). | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿SI EL PROPIETARIO CON DISCAPACIDAD VIVE EN UN CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA, USTED VIVE SOLO(A) EN LA PROPIEDAD? | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

2. INFORMACIÓN DEL (DE LOS) PROPIETARIO(S)

- Para un patrimonio vitalicio, suministre la información del propietario respecto al titular del patrimonio vitalicio y su cónyuge.
- Para un fideicomiso, suministre la información del propietario respecto al beneficiario/fiduciario y entregue una copia del Acuerdo de Fideicomiso completo.
- Si el propietario ha fallecido, no incluya la información a continuación. Entregue copia del certificado de defunción.
- Si la propiedad 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 información respecto al propietario ausente. Entregue copia de los documentos judiciales.
- Para propietarios que reciban atención médica en un centro médico, proporcione documentos de dicho centro.

Propietario 1: Para enumerar propietarios adicionales, consulte la página 2.

| | |
|------------------------------------|---|
| NOMBRE COMPLETO (NOMBRE, APELLIDO) | |
| FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/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 |

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

| | |
|------------------------------------|---|
| NOMBRE COMPLETO (NOMBRE, APELLIDO) | |
| FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/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 (dd/mm/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 es responsable de la gestión de los asuntos del propietario a los efectos de la presente solicitud, indique la información de contacto a continuación.

| | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| 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 CUALESQUIER GASTOS MÉDICOS Y DE MEDICAMENTOS RECETADOS NO REEMBOLSADOS.

Declare su ingreso total combinado de 2016, para todos los propietarios y cónyuges, independientemente de donde viven o si sus nombres aparecen o no en el título de la propiedad. El ingreso del cónyuge puede excluirse si dicha persona no se encuentra en la vivienda principal debido a un divorcio, separación legal o abandono. Envíe los documentos judiciales.

\$ _____

Nota: Si no está disponible la información de ingresos para el 2016, puede usar la del 2015.

Usted DEBE proporcionar los siguientes documentos para renovar su Exención para Propietarios Discapacitados.

Constancia de ingresos (para todos los propietarios):

- Si usted o su cónyuge hicieron la declaración federal y estatal (estado de Nueva York) de impuestos sobre la renta correspondiente al año fiscal 2016 o 2015, marque este recuadro para autorizar al Departamento de Finanzas de NYC a que utilice la información sobre la declaración de impuestos más reciente que haya recibido dicho Departamento de Finanzas (Department of Finances, DOF) de parte del Servicio de Impuestos Internos y el Departamento de Tributos y Finanzas del estado de Nueva York para gestionar su solicitud, en lugar de tener que enviar copias de la documentación. **O**
- ✓ Entregue una copia de su declaración federal y estatal (estado de Nueva York) de impuestos sobre la renta correspondiente a los años fiscales 2016 o 2015, la que pertenezca al año fiscal de su declaración más reciente, junto con la solicitud para todos los propietarios y sus cónyuges, independientemente de dónde vivan y de que sus nombres aparezcan o no en el título de propiedad. **O**
- ✓ Si no ha hecho la declaración federal y estatal (estado de Nueva York) de impuestos sobre la renta para los años fiscales 2016 o 2015, envíe la verificación de ingresos para el año 2016 o 2015, la que pertenezca al año del cual posea información, tal como: 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.
- ✓ Los comprobantes de los gastos médicos o de medicamentos recetados no reembolsados se deben corresponder con el mismo año fiscal de los documentos de ingresos entregados.

4. TITULARIDAD 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.

EN CASO AFIRMATIVO,
 ¿CUANTAS PROPIEDADES
 ADICIONALES TIENEN TODOS
 LOS PROPIETARIOS EN TOTAL?

Llene con los datos correspondientes por cada propiedad adicional.
 Si la propiedad se encuentra en NYC, indique municipio/cuadra/lote:

Propiedad adicional 1:

| | | | | |
|---|---------------------------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------------|
| MUNICIPIO | CUADRA | PARCELA | O | IDENTIFICACIÓN DE LA PARCELA |
| NOMBRE DEL (DE LOS) PROPIETARIO(S) | | | | |
| CALLE | | | APTO. | |
| 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"/> Veterano | <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> | | | | |

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

Propiedad adicional 2:

| | | | | |
|---|---------------------------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------------|
| MUNICIPIO | CUADRA | PARCELA | O | IDENTIFICACIÓN DE LA PARCELA |
| NOMBRE DEL (DE LOS) PROPIETARIO(S) | | | | |
| CALLE | | | | APTO. |
| CIUDAD | | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | |
| EXENCIONES RECIBIDAS | | | | |
| <input type="checkbox"/> Programa STAR básico / <input type="checkbox"/> Programa STAR mejorado | <input type="checkbox"/> Tercera edad | <input type="checkbox"/> Discapacitados | <input type="checkbox"/> Veterano | <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 la propiedad.

| | | |
|--------------------------------------|-------------------------|--------------------|
| 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...

- ¿Indicó su ingreso total combinado en el recuadro dispuesto en la página 3?
- ¿Revisó la solicitud para asegurarse de que todas las preguntas estén respondidas?

- ¿Adjuntó copias de todos los documentos solicitados?
- ¿Firmó y fechó la solicitud?
- ¿Conservó una copia de la solicitud ya llena como constancia?

Si tiene alguna pregunta, escriba al correo electrónico recertify@finance.nyc.gov o llame al 311. Envíe su solicitud antes del 15 de marzo de 2017:

POR CORREO:

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

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