

Comprobante de declaración de discapacidad

Fecha: _____ N.º de cuenta o predio: _____

El RCW (Código Modificado de Washington) 84.36.383(7) define "Discapacidad" con el mismo significado que se le asigna en 42 U.S.C. Sec. 423(d)(1)(A): "La incapacidad para ocuparse en cualquier actividad con remuneración sustancial debido a cualquier impedimento físico o mental que se determinable por medios médicos y que pueda esperarse que cause la muerte o que haya continuado o pueda esperarse que continúe durante un período continuo no menor a 12 meses".

En ausencia de un comprobante o una determinación por escrito de la Administración del Seguro Social o la Administración de Veteranos de una discapacidad permanente, o si así lo solicita el valuador, un contribuyente que solicite una exención al impuesto sobre bienes por ser una persona discapacitada debe entregar una declaración elaborada y firmada por un médico acreditado. Dicha declaración deberá indicar el alcance de la discapacidad y el período o la duración esperada de la misma.

Esta certificación contestada y firmada debe ser entregada a la Oficina del Valuador del condado del solicitante antes de que pueda aprobarse una exención o un diferimiento al impuesto sobre bienes.

Solicitante: _____

- Certifico que la persona arriba mencionada quedó discapacitada el _____, y no puede ocuparse de ninguna actividad con remuneración sustancial. Se prevé que la discapacidad continúe hasta el _____.
- Certifico que la persona arriba mencionada quedó discapacitada el _____, y no puede ocuparse de ninguna actividad con remuneración sustancial. Se prevé que la discapacidad sea permanente.
- Certifico que la persona arriba mencionada, aunque fue afectada por una discapacidad, actualmente es capaz de ocuparse de actividades con remuneración sustancial.
- Certifico que la persona arriba mencionada no está discapacitada.

Declaración

Declaro bajo pena de perjurio, en los términos de las leyes del Estado de Washington, que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas en la medida de mi conocimiento y creencia.

Fechado este día _____ de _____, _____ en _____, Washington.

Firma del médico

Nombre y dirección en letra de molde del médico

Para preguntar por la disponibilidad de esta publicación en un formato alternativo para personas con impedimentos visuales, llame al (360) 705-6715. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al (360) 705-6718. Para recibir ayuda impositiva, llame al (360) 534-1400.