

残障房主减免税 (Disabled Homeowners' Exemption, DHE) 2017/2018 年度初始申请说明

您是否符合残障房主减免税资格？

请与您的经理人确认您的房产是否由以下任一住房开发机构管理：

- ✓ Mitchell-Lama
- ✓ 重新开发公司 (Redevelopment Company)
- ✓ 有限利润住房公司 (Limited-Profit Housing Company)
- ✓ 住房开发资金公司 (Housing Development Fund Company)
- ✓ 有限股利住房公司 (Limited Dividend Housing Company)

如果您的房产由上述住房开发机构管理，则该房产不符合残障房主减免税资格。

是否所有房主均为残障人士，或者是否其他房主为该残障人士的配偶或兄弟姐妹？ 是 否

该房产是否为所有残障房主及其配偶的主要住所，或者是否有任何残障房主住在医疗保健机构中接受医疗照护？ 是 否

无论住在哪里，所有房主及配偶的总收入 (Total Combined Income, TCI) 是否为 \$58,399 或以下？（如果因离婚、合法分居或遗弃致使配偶不住在该住所，其收入可以排除在外。） 是 否



如果您对以上任一问题回答 **否**，则您 **可能没有** 资格申请残障房主减免税。

如果由于残疾您需要帮助来申请和接受服务，或参加财政局 (Department of Finance) 提供的计划，请联系残疾服务协调员 (Disability Service Facilitator)，网址：
nyc.gov/contactdofeeo，或致电 311。

1. 房产信息

用作主要住所的百分比

如果您的房产包含四个或以上的住房单元，请指出用作主要住所的百分比。例如：如果房产有四个家庭居住，您住在四分之一 (1/4) 的房产中，则用作主要住所的百分比为 25%。或者，如果房主住在二分之一 (4 个单元中的 2 个) 的房产中，则用作主要住所的百分比为 50%。

信托/终身产权信息

指明房产是否由一名委托人拥有或一名终身产权持有者持有。注意，若房产以信托形式持有，且信托受益人符合资格，则可享受减免税。若有人对房产持有终身产权，则此人即为符合 DHE 资格的房主。

拥有的其它房产

如果您或您的配偶拥有其它/多处房产，请填写申请表第 3 页上的第 4 部分“其它房产”。如果您在纽约市以外的其它房产不再获得税收优惠，您必须提交一封来自县/州地方评税官办公室的信件，指明其它房产无税收优惠。

2. 房主信息

本部分必须由该房产的所有房主（契约或股票凭证上的每个人）填写。即使并非所有房主都住在房产内，也必须填写所有房主的信息。

指明该房产是否为每位房主的主要住所。如果该房产并非某一房主的主要住所，或者如果房主因住在医疗保健机构中接受医疗照护，或者因离婚、合法分居或遗弃而不住在该房产，则您必须随申请表提交证明。

- 必须包括社会保障号码或个人纳税身份识别号 (Individual Taxpayer Identification Number, ITIN)。
- 指明房主与该房产其他房主的关系。

3. 收入信息

收入证明

在第 3 页的方框中，指明 2016 日历年所有房主及配偶的总收入，无论他们居住在何处。如果 2016 年的收入不可用，您可以使用 2015 年的收入。（如果因离婚、合法分居或遗弃致使配偶不住在该住所，其收入可以排除在外。）
 请注意：这不是您的联邦调整后总收入。

收入来源

a. 所有社会保障金（必须是收到的全部金额，而非应税金额）	\$ _____	h. 利息（包括非应税利息）	\$ _____
b. 普通股利	\$ _____	i. 来自信托的收入	\$ _____
c. 资本收益	\$ _____	j. 务农、经商或专业性职业的净收益	\$ _____
d. 销售或交换的收益	\$ _____	k. 租金净收入	\$ _____
e. 从政府或私人退休金或养老金计划中收到的付款	\$ _____	l. 赡养费或生活费	\$ _____
f. IRA 及年金收益	\$ _____	m. 失业保险金、残障金、工伤赔偿金，等等	\$ _____
g. 薪酬和工资（包括奖金）	\$ _____		

*准予扣减：

- 未报销的医疗和处方药费。这不包括未付费用单据。

如果您已填报 1040 联邦纳税申报表并填写附录 A，我们可以使用已支付未报销医疗或处方费用附录上的信息。您不必寄送收据。

总收入来源 + \$ _____

(将 a-m 行相加)

*未报销的医疗和处方药费 - \$ _____

总收入 = \$ _____

总收入不包括：

- | | |
|--------------------------------------|-------------------|
| - IRA 分配额 | - 社会安全生活补助金 (SSI) |
| - 现金援助（公共援助） | - 捐赠、继承 |
| - 反向抵押贷款收益（但任何用此等收益进行投资所得的利息或红利视为收入） | - 资本利润 |
| | - 纳粹迫害赔偿金 |
| | - 联邦赡养祖父母计划金 |

4. 证明

无论是否住在房产内，所有房主都必须在申请表上签名并注明日期。

残障房主减免税 (Disabled Homeowners' Exemption, DHE)

2017/2018 年度初始申请

请确保所有房主在此申请表第 4 页的“证明”部分签字。

将填好的申请表于 2018 年 1 月 16 日之前邮寄至：

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

请使用印刷体填写

1. 房产信息

区	街区	地块	合作股份数量
街道地址			公寓
城市		州	邮编
房产类型 <input type="checkbox"/> 共管公寓 <input type="checkbox"/> 1-3 个家庭的住所 <input type="checkbox"/> 合作制 <input type="checkbox"/> 4 个以上家庭的住所			
如果有 4 个或以上的家庭单元，请填写用于主要住所的面积百分比：_____ %			
购买房产的日期 (年/月/日)	合作制/共管公寓管理信息		
	公司名称	电话号码 () -	
此房产是否有终身产权/信托?		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
此房产是否有信托?		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
该房产是否是留给您的遗产?		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
仅对于合作制房产：您居住的单元是否获得年长公民免加租 (SCRIE) 或残障人士免加租 (DRIE) ?		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
该房产是否为所有残障房主及其配偶的主要住所？（所有房主必须居住在该房产中，除非他们合法分居、离婚、被遗弃或住在医疗保健机构中接受医疗照护）		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
如果残障房主住在医疗保健机构中接受医疗照护，您是否独自居住在该房产中？		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

2. 房主信息

- 对于残障证明，提交下列之一的副本：

来自社会保障总署的残障裁定书，或来自铁路委员会或美国邮政署的裁定书，或来自国家失明或视障人士委员会的证书，或退伍军人管理局说明申请人有权领取退伍军人伤残抚恤金的信函。

- 对于终身产权，提供终身产权持有者及配偶的房主信息。
- 对于信托，提供符合资格受益人/受托人的房主信息，并提交完整的信托协议副本。
- 若房主已经过世，则不用包括其信息。请提供死亡证明副本。
- 如果该房产作为遗产给予房主，请提交临终遗嘱、遗嘱认证或法庭命令的副本。
- 对于已经离婚、合法分居或被遗弃的房主，则不用提供不在此居住者的信息。请提供法庭文件副本。
- 对于住在医疗保健机构中接受医疗照护的房主，需提交医疗保健机构的证明文件。

残障房主减免税 (DHE) 初始申请 — 2017/2018 年度

2. 房主信息 (续)

房主 1:

姓名 (名, 姓)	
出生日期 (年/月/日)	社会保障/ITIN 号码
电话号码 () -	手机号码 () -
电子邮件地址	这是否是房主 1 的主要住所? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

房主 2:

姓名 (名, 姓)	
出生日期 (年/月/日)	社会保障/ITIN 号码
电话号码 () -	手机号码 () -
电子邮件地址	这是否是房主 2 的主要住所? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

房主 1 与房主 2 是否有婚姻关系? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	房主 1 与房主 2 是否为兄弟姐妹? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
---	---

房主 3:

姓名 (名, 姓)	
出生日期 (年/月/日)	社会保障/ITIN 号码
电话号码 () -	手机号码 () -
电子邮件地址	这是否是房主 3 的主要住所? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

与房主 1 及房主 2 的关系

房主代表联系信息:

如果一位亲属或指定的监护人负责处理该房主的与此申请相关的事务, 请在下方提供联系信息。

姓名 (名, 姓)	
电话号码 () -	手机号码 () -
电子邮件地址	
与各房主的关系	

《联邦隐私法案 (1974)》(Federal Privacy Act of 1974) 修订版规定, 要求提供社会保障号码的代理机构必须告知提供这些信息的个人, 说明提供信息属于自愿行为还是强制行为、提出此要求的原因以及该信息的用途。对申请人和有收入住户的社会保障号码的披露属于强制要求, 是《纽约市行政法》(Code of the City of New York) 第 11-102.1 节的规定。要求在任何报告或税务申报表中披露的此类号码, 其目的是便于开展税务管理工作, 号码将被用于促进报告处理过程, 用于维护统一的系统, 以识别那些需要或者可能需要缴纳并由财政局管理和收取税收的纳税人。此类号码也可能作为纳税人应法律要求向另一部门、个人、机构或实体提供的税务申报表信息的一部分而披露, 或者申请人或有收入的住户书面授权财政局。

残障房主减免税 (DHE) 初始申请 — 2017/2018 年度

3. 总收入信息

总收入 (TCI) 请参见说明第 3 部分，以确定 TCI 中包含哪些收入。

减去任何未报销的医疗和处方药费。

请填写您的所有房主及配偶 2016 年的总收入，无论他们居住在何处及契约上是否有其姓名。如果因离婚、合法分居或遗弃致使配偶不住在该住所，其收入可以排除在外。请提交法庭文件。

\$ _____

备注：如果 2016 年的收入不可用，您可以使用 2015 年的收入。

您必须提供下列文件以申请残障房主减免税。

收入证明 (适用于所有房主)：

如果您未提交 2016 或 2015 年个人所得税申报表，请勿勾选此方框。

如果您或您的配偶填报了 2016 或 2015 纳税年度联邦及纽约州个人所得税申报表，且您授权纽约市财政局使用 DOF 从美国国税局和纽约州财政税务局获得的最新所得税申报表信息代替您提交文件的副本来处理您的申请，请勾选此方框。或

- ✓ 请提交一份您的 2016 或 2015 纳税年度（以您已最近申报的年份为准）联邦及纽约州个人所得税申报表，以及有关所有房主及其配偶的申请表，无论他们居住在何处及契约上是否有其姓名。或
- ✓ 如果您尚未提交 2016 或 2015 年联邦所得税申报表，则请提交 2016 或 2015 年（以您获得信息的最近年份为准）收入鉴定，例如：州所得税申报表、社会保障 1099 表格、1099 表格、养老金、年金、赡养费、失业金、工伤赔偿金、来自租户的租金收入等。

准予扣减 (如适用)：

- ✓ 2016 年已支付未报销的医疗或处方费用副本。如果 2016 年的副本不可用，您可以使用 2015 年的副本。切勿提交未付单据的副本。如果您已填报 1040 联邦纳税申报表并填写附录 A，我们可以使用已支付未报销医疗或处方费用附录上的信息。您不必寄送收据。
- ✓ 未报销医疗和处方费用证明的年份必须与所提交收入证明文件的年份相同。

4. 拥有的其它房产 (若有)

是否有任何房主拥有其它房产？ 是 否
若否，前往第 4 页上的证明部分。

若是，所有房主共拥有多少房产？

填写每个其它房产的以下信息。如果房产位于纽约市内，请提供所在区/街区/地块编号。

第 1 处其它房产：

区	街区	地块	或	地片 ID
房主姓名				
街道地址				公寓
城市			州	邮编
获得的减免税				
<input type="checkbox"/> 基本型 STAR/优惠型 STAR <input type="checkbox"/> 老年人 <input type="checkbox"/> 残障人士 <input type="checkbox"/> 退伍军人 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
房主及其配偶无法获得超过一处房产的减免税，除非该配偶或前配偶因离婚、合法分居或遗弃而不住在该住所。如属上述情况之一，请提交法庭文件的副本。				

残障房主减免税 (DHE) 初始申请 — 2017/2018 年度

4. 拥有的其它房产 (若有) (续)

第 2 处其它房产:

区	街区	地块	或	地片 ID
房主姓名				
街道地址			公寓	
城市		州	邮编	
获得的减免税 <input type="checkbox"/> 基本型 STAR/优惠型 STAR <input type="checkbox"/> 老年人 <input type="checkbox"/> 残障人士 <input type="checkbox"/> 退伍军人 <input type="checkbox"/> 其他: _____				
房主及其配偶无法获得一个以上房产的减免税, 除非该配偶或前配偶因离婚、合法分居或遗弃而不住在该住所。 如属上述情况之一, 请提交法庭文件的副本。				

5. 证明

请仔细阅读并签署以下证明。若您不签字, 将无法完成您的申请。

本人特此证明, 据本人所知, 在本申请表中所做的所有陈述都是真实和准确的, 且本人并未故意作出重大事实的虚假陈述。本人理解, 本信息受审计约束, 若财政局确定本人作出虚假陈述, 则本人将失去今后的减免税资格并将承担所有适用的应缴税收、应计利息和法律许可的最高罚金。

无论居住在哪里, 所有房主必须在此申请表上签署姓名和日期。

正楷书写房主 1 的姓名	房主 1 签名	申请日期
正楷书写房主 2 的姓名	房主 2 签名	申请日期
正楷书写房主 3 的姓名	房主 3 签名	申请日期

您是否已...

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 在第 3 页的方框中填写您的总收入? | <input type="checkbox"/> 包括所有必要证明文件的副本? |
| <input type="checkbox"/> 核对申请表, 确保已回答所有问题? | <input type="checkbox"/> 在申请表上签署姓名和日期? |
| | <input type="checkbox"/> 保留一份填写完整的申请表作为您的记录? |

如果您有任何疑问, 通过网站 nyc.gov/contactpropexemptions 联系我们, 或拨打 311。

提交申请不能晚于 2018 年 1 月 16 日:

通过邮寄:

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

我们收到您的申请表后, 您将收到财政局的确认函。