

**Asegúrese de tener la siguiente información para completar su solicitud**

**INGRESOS DEL AÑO 2016**

**LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES (SI DECLARO EL FORMULARIO 1040, 1040A, 1040EZ, O LAS HOJAS DE TELEFILE)**

**EL FORMULARIO SSA-1099 DEL SEGURO SOCIAL**

**PENSIONES Y ANUALIDADES (FORMULARIO 1099-R)**

**INTERESES/DIVIDENDOS (FORMULARIO 1099-INT, FORMULARIO 1099-DIV, FORMULARIO 1099-OID)**

**JUBILACIÓN FERROVIARIA (TIER I - RRB - 1099 y TIER II - RRB - 1099 - R)**

**DISTRIBUCIONES DEL IRA (FORMULARIO 1099-R)**

**DEDUCIBLES PAGADOS DE SU BOLSILLO PARA GASTOS MÉDICOS EN EL AÑO 2015**

**PRIMA DE SEGURO DE MEDICARE**

**PRIMAS DE SEGURO DE MEDICARE DE MEDICAMENTOS RECETADOS**

**PRIMAS DEL SEGURO DE SALUD SUPLEMENTAL**

**PRIMAS DE PÓLIZA DE SEGURO DE CÁNCER**

**PRIMAS DE PÓLIZA DE SEGURO DE HOGAR DE ANCIANOS**

**PRIMAS DE SEGURO DE CUIDADO A LARGO PLAZO**

**PAGOS A MÉDICOS, DENTISTAS, OSTEÓPATAS, QUIROPRÁCTICOS, ENFERMERAS Y A OTROS PROFESIONALES CON LICENCIA MÉDICA.**

**PAGOS A HOSPITALES Y ESTABLECIMIENTOS CON LICENCIA PARA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

**PAGOS PARA COMPRAS DE EQUIPO MÉDICO, MULETAS, APARATOS AUDITIVOS, LENTES, LENTES DE CONTACTO, DENTADURA, ETC.**

**COPAGOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS (LLAME A SU FARMACIA PARA UN TOTAL)**

**KILOMETRAJE RECORRIDO PARA CITAS MÉDICAS**

**Utilice la parte posterior de esta página para calcular sus gastos médicos pagados de su bolsillo.**

**Gastos médicos pagados de su bolsillo para Exención de Vivienda**

Los siguientes son sólo algunos de los gastos que podemos utilizar para el área de los gastos médicos de la solicitud. Favor de poner el total de la cantidad anual de los gastos de bolsillo junto a la categoría que pertenece. Esto es sólo para fines informativos.

**ESTO NO SERÁ ENVIADO AL DEPARTAMENTO DE INGRESOS**

**Anote los gastos médicos pagados de su bolsillo en el año 2016**

Recetas Medicas: \$ \_\_\_\_\_  
(llame a su farmacia para el total)  
Médico: \$ \_\_\_\_\_  
Oculista: \$ \_\_\_\_\_  
Médico de Audición: \$ \_\_\_\_\_  
Dentista: \$ \_\_\_\_\_  
Medicare: \$ \_\_\_\_\_  
Medicare Parte D: \$ \_\_\_\_\_  
Seguro Suplementario: \$ \_\_\_\_\_  
Quiropráctico: \$ \_\_\_\_\_  
Seguro de Hogar de Ancianos: \$ \_\_\_\_\_  
Seguro de Cáncer: \$ \_\_\_\_\_

Corazón: \$ \_\_\_\_\_  
Lentes / Lentes de Contacto: \$ \_\_\_\_\_  
Dentaduras: \$ \_\_\_\_\_  
Aparatos Auditivos: \$ \_\_\_\_\_  
Pilas para aparatos auditivos: \$ \_\_\_\_\_  
Bastón: \$ \_\_\_\_\_  
Muletas: \$ \_\_\_\_\_  
Andador: \$ \_\_\_\_\_  
Silla de ruedas: \$ \_\_\_\_\_  
Las jeringas de insulina: \$ \_\_\_\_\_  
Atencion a domicilio con licencia: \$ \_\_\_\_\_  
Otros: \$ \_\_\_\_\_

**Aproximadamente todo el kilometraje recorrido a las citas médicas y/o hospital en el año 2016**

Total de Millas (del 1 de Enero al 31 de Diciembre) \_\_\_\_\_ X (.19 centavos) = \$ \_\_\_\_\_

**Anote cualquier otros gastos médicos y las cantidades que no hemos mencionado anteriormente:**

1. \_\_\_\_\_ Monto Total \$ \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Monto Total \$ \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Monto Total \$ \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ Monto Total \$ \_\_\_\_\_

Total de las secciones anteriores: \$ \_\_\_\_\_