

Asegúrese de tener la siguiente información para completar su solicitud

INGRESOS DEL AÑO 2021

- 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 2021

- 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 (CONTACTAR A SU FARMACIA PARA UN TOTAL)
- KILOMETRAJE RECORRIDO PARA CITAS MÉDICAS

Tabla de Ingreso Familiar Para el Año 2022 (Basado en Ingresos del Año 2021)				
*Sujeto a cambios				
Mayores de 65 Años		Porcentaje de Alivio	Veteranos Discapacitados y Personas Discapacitadas	
Soltero(a)	Casado(a)		Soltero(a)	Casado(a)
\$0 - \$30,700.99	\$0 - \$36,100.99	100%	\$0 - \$34,600.99	\$0 - \$39,600.99
\$30,701 - \$32,300.99	\$36,101 - \$38,000.99	90%	\$34,601 - \$36,200.99	\$39,601 - \$41,600.99
\$32,301 - \$33,900.99	\$38,001 - \$40,000.99	80%	\$36,201 - \$37,800.99	\$41,601 - \$43,500.99
\$33,901 - \$35,500.99	\$40,001 - \$41,900.99	70%	\$37,801 - \$39,400.99	\$43,501 - \$45,500.99
\$35,501 - \$37,100.99	\$41,901 - \$43,900.99	60%	\$39,401 - \$41,000.99	\$45,501 - \$47,400.99
\$37,101 - \$38,700.99	\$43,901 - \$45,800.99	50%	\$41,001 - \$42,600.99	\$47,401 - \$49,400.99
\$38,701 - \$40,300.99	\$45,801 - \$47,800.99	40%	\$42,601 - \$44,200.99	\$49,401 - \$51,300.99
\$40,301 - \$41,900.99	\$47,801 - \$49,700.99	30%	\$44,201 - \$45,800.99	\$51,301 - \$53,300.99
\$41,901 - \$43,500.99	\$49,701 - \$51,700.99	20%	\$45,801 - \$47,400.99	\$53,301 - \$55,200.99
\$43,501 - \$45,100.99	\$51,701 - \$53,600.99	10%	\$47,401 - \$49,000.99	\$55,201 - \$57,200.99
\$45,101 - o más	\$53,601 - o más	0	\$49,001 - o más	\$57,201 - o más

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 2021

Recetas Medicas: \$ _____
(Contactar 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: \$ _____
Suministros de Oxígeno: \$ _____

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: \$ _____
Cuidado en el Hogar de Ancianos: \$ _____
Otros: \$ _____

Aproximadamente todo el kilometraje recorrido a las citas médicas y/o hospital en el año 2021

Total de Millas (del 1 de Enero al 31 de Diciembre) _____ X (.18 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 los gastos médicos: \$ _____

(Por favor, de guardar una copia para sus registros)