



**CITY OF
RICHMOND**

**AÑO FISCAL 2025
SOLICITUD DE REDUCCIÓN DE
IMPUESTOS PARA LOS ADULTOS
MAYORES Y PERSONAS CON
DISCAPACIDADES**

**PROGRAMAS DE REDUCCIÓN O CONGELAMIENTO DE IMPUESTOS
SOBRE BIENES RAÍCES PARA LOS ADULTOS MAYORES Y
PERSONAS CON DISCAPACIDADES**

FECHA LÍMITE DE PRESENTACIÓN: 31 DE DICIEMBRE DE 2025

VERIFIQUE QUE TODAS ESTAS CONDICIONES SE CUMPLAN:

¿Cumplió 65 años antes del 1 de enero de 2025 o
tiene una discapacidad total y permanente?

¿Es propietario de su vivienda y ha habitado en ella desde el 1 de enero de 2025?

¿Los ingresos totales de su hogar son inferiores a \$70 000? Y

¿El patrimonio combinado neto de todos los solicitantes es inferior a \$450 000?
Si es así, *usted(es) podrían calificar* para una REDUCCIÓN DE IMPUESTOS.

O

¿Los ingresos totales de su hogar son inferiores a \$125 000 al año? Y

¿El patrimonio combinado neto de todos los solicitantes es inferior a \$750 000?
Si es así, *usted(es) podrían calificar* para una CONGELACIÓN DE IMPUESTOS.

FOR OFFICE USE ONLY - SOLAMENTE PARA USO OFICIAL

LAST SALE DATE: _____

FILE YEAR: 1ST TIME APPLICANT 1 OF 3

PROGRAM: TAX RELIEF TAX FREEZE

NAME (as it appears on Deed): _____

PARCEL & ADDRESS: _____

RELIEF %: _____ ASSESSMENT FREEZE AMOUNT: _____

INCOME: _____ NET WORTH: _____

APPROVED BY: _____ DATE: _____

DENIED BY: _____ DATE: _____

HOLD BY: _____ DATE: _____

Application Received Stamp:

“Es obligatorio que nos dé su número de seguro social (en inglés, “SSN”). La sección 58.1-3017 del Código de Virginia autoriza al Departamento de Finanzas para que pida esta información. Dichos números se utilizan como medio de identificación, para facilitar la recaudación de impuestos y otorgar reembolsos”.

Dirección de la propiedad: _____

Correo electrónico (opcional): _____

1. NOMBRE DEL SOLICITANTE (DUEÑO DE LA PROPIEDAD):

APELLIDOS	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
-----------	--------	----------------

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
MM DD AAAA

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____ TELÉFONO: _____

2. NOMBRE DEL SOLICITANTE (CÓNYUGE O COPROPIETARIO):

APELLIDOS	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
-----------	--------	----------------

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
MM DD AAAA

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____ TELÉFONO: _____

SI FALLECIÓ EL CÓNYUGE O COPROPIETARIO, ANEXE UNA COPIA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN.

DIRECCIÓN DEL CÓNYUGE O COPROPIETARIO (SI ES DIFERENTE): _____

3. ¿ES ESTA VIVIENDA LA ÚNICA RESIDENCIA DE LOS SOLICITANTES? SÍ NO

** SI NO ES ASÍ, EXPLÍQUENOS:* _____

4. ANOTE CADA UNO DE SUS FAMILIARES (MAYORES DE 18 AÑOS) QUE RESIDA EN SU VIVIENDA. UTILICE HOJAS ADICIONALES SI ES NECESARIO.

SI UN FAMILIAR VIVE EN EL HOGAR, ¿ES ESA PERSONA EL CUIDADOR PRINCIPAL DEL SOLICITANTE, O HA SIDO DESIGNADO POR EL SOLICITANTE MEDIANTE UN PODER LEGAL PARA ACTUAR EN SU NOMBRE? SI ES ASÍ Y CON EL FIN DE EXCLUIR SUS INGRESOS, ANEXE UNA COPIA DEL PODER LEGAL O UNA DECLARACIÓN CERTIFICADA POR UN NOTARIO QUE HACE CONSTAR QUE DICHO FAMILIAR SIRVE DE BUENA FE COMO CUIDADOR.

NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (COMPLETO)	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/AAAA

6. FUENTES DE INGRESOS BRUTOS

Fuente de ingresos <i>Para el año fiscal que terminó el 31 de diciembre de 2024</i>	Marque "Sí" en todas sus fuentes de ingresos			Documentos requeridos del año fiscal 2024
	Solicitante	Cónyuge/ Copropietario	Familiar(es)	
Salarios/Sueldos, etc.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	W-2 o 1099
Seguridad Social	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	SSA-1099
Pensiones, anualidades o distribución de cuentas individuales de retiro (IRA)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	1099-R
Dividendos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	1099-DIV
Subsidios de asistencia y beneficios de SSI	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	Aviso de COLA
Alquileres o fideicomisos recibidos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	Schedule E
Ganancias de capital	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	Schedule D
Ingresos comerciales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	Schedule C, F
Compensación por desempleo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	1099-G
Otros ingresos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	Especifique

7. DECLARACIÓN DEL PATRIMONIO NETO

Bienes y activos <i>Al 31 de diciembre de 2024</i>	Marque "Sí" en todos los bienes y activos que posee		Documentos requeridos del año fiscal 2024
	Solicitante	Cónyuge/ Copropietario	
Bienes inmuebles adicionales (aparte de la vivienda)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	Avalúo de impuestos
Cuentas corrientes, cuentas de ahorros o cuentas del mercado monetario	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	Estados de cuenta de diciembre de 2024 y enero 2025
Certificados de depósito	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	
Cuentas de retiro individuales (IRA) y patrocinados por el empleador (401K)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	
Cuentas de corretaje, anualidad, o fondos de inversión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	Estado de cuenta al 31 de diciembre de 2024
Acciones y bonos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	
Otros bienes y activos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	Especifique

FOR OFFICE USE ONLY - SOLAMENTE PARA USO OFICIAL

INCOME	APPLICANT	SPOUSE OR CO-OWNER	RELATIVE(S) - \$10,000 FROM EACH
SUBTOTAL	\$	\$	\$
COMBINED TOTAL	\$		
ASSETS	APPLICANT	SPOUSE OR CO-OWNER	
SUBTOTAL	\$	\$	
COMBINED TOTAL	\$		

8. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

¿EL (LOS) SOLICITANTE(S) TIENE(N) UN PODER LEGAL (“POA”)? SÍ NO

**SI ES ASÍ, INCLUYAN UNA COPIA COMPLETA DE DICHO PODER LEGAL.*

Yo certifico bajo las sanciones dispuestas por la ley, que esta Solicitud de Reducción de Impuestos sobre Bienes Raíces para Adultos Mayores o Personas con Discapacidades, incluyendo cualquier anexo o declaración adjunta, es correcta, verdadera y completa, según mi mejor saber y criterio. Cualquier persona que reclame esta exención mediante falsedad será culpable de un delito menor. Cualquier persona condenada por reclamar dicha exención mediante falsedad será castigada con una multa no superior a mil dólares (\$1000) o un encarcelamiento no superior a doce (12) meses, o ambos.

Firma del solicitante o representante legal (del propietario)

Fecha (MM/DD/AAAA)

Firma del solicitante o representante legal (del copropietario)

Fecha (MM/DD/AAAA)

SE REQUIEREN LAS FIRMAS ORIGINALES PARA QUE LA SOLICITUD SEA ACEPTADA.

******** La Ciudad de Richmond no es responsable de demoras en la entrega de correo, correo no entregado, o correo perdido en tránsito. Por favor asegúrese de que su solicitud y documentos de respaldo sean recibidos en nuestra oficina antes de la fecha límite. No se aceptarán solicitudes por correo electrónico ni por fax, ni se aceptarán fotocopias de la solicitud. ********

INFORMACIÓN ADICIONAL:

SECCIONES 26-364 Y 26-365 DEL CÓDIGO MUNICIPAL DE RICHMOND, VIRGINIA

ORDENANZA # 2024-273 DE LA CIUDAD DE RICHMOND, VIRGINIA

SECCIONES DE LA 58.1-3210 HASTA LA 58.1-3218 DEL CÓDIGO ESTATAL DE VIRGINIA

- Aquellos solicitantes que residan por períodos extendidos en hospitales, asilos de ancianos, casas para convalecientes, u otras instalaciones de cuidado de salud física o mental y cuya propiedad no sea ocupada ni alquilada a otra persona, también pueden solicitar la reducción o congelación del impuesto de bienes raíces.
- Todo solicitante con discapacidad debe proporcionar un comprobante certificado de su discapacidad. Los comprobantes aceptables incluyen una declaración de la Administración de Seguro Social o declaraciones juradas de dos médicos licenciados para practicar medicina en la Mancomunidad de Virginia que hagan constar que la persona está permanente y totalmente discapacitada.
- Los ingresos brutos combinados de los solicitantes, del cónyuge y de los familiares que viven en el hogar no podrán superar **\$70 000 para los solicitantes de exención ni \$125 000 para los solicitantes de congelación**. Todos los ingresos del (de los) solicitantes, su cónyuge y los familiares deben ser incluidos en los ingresos brutos combinados; no obstante, se excluirán los primeros 10 mil dólares de ingresos de cada pariente (aparte de los solicitantes y su cónyuge).
- El patrimonio neto combinado del solicitante y su cónyuge no deberá superar **\$450 000 para los solicitantes de exención ni \$750 000 para los solicitantes de congelación**. Se excluirán el valor de la casa en el mercado y hasta un (1) acre de terreno del cálculo total de patrimonio.
- Se requiere presentar una solicitud completa cada tres años. Entre solicitudes, debe presentar el formulario de certificación firmado en el plazo designado para mantener la reducción de impuestos. Cualquier cambio significativo de ingresos, patrimonio u otras condiciones debe ser reportado de inmediato.

¿NECESITA AYUDA?

LLÁMENOS AL **804-646-7000** O ESCRÍBANOS A **RVA311.COM**

NUESTRA SEDE ESTÁ UBICADA EN EL AYUNTAMIENTO,

900 EAST BROAD STREET, OFICINA 100, RICHMOND, VIRGINIA 23219.

SI DESEA MÁS INFORMACIÓN, PUEDE VISITAR LA PÁGINA **[HTTPS://WWW.RVA.GOV/FINANCE/OAPD-RELIEF](https://www.rva.gov/finance/oapd-relief)**