

本人出售了之前的住宅。 是 否

如选择是，请问是何时： 位于何处：

4 房产说明

住宅类型：

独户住宅 多单元住宅（复式/集合式）的单个单元 合作住宅

活动住房 年份： 牌号： 型号：

- 若是活动住房，其产权证书是否已被取消？ 是 否
- 若是活动住房，您是否拥有住房所在地的土地？ 是 否

附属住宅单元 (Accessory Dwelling Unit, ADU) 声明：

本人没有ADU。

本人想将本人的ADU纳入豁免申请表中。

请描述ADU：

不将本人的ADU纳入豁免申请表中。

此房产包括：

本人的主要居所且小于或等于一英亩的土地。

本人的主要居所且超过一英亩的土地。

5 综合可支配收入

年份：

[Combined Disposable Income Worksheet](#)（《综合可支配收入工作表》）中的综合可支配收入总额：\$
（参见说明。请将填妥的工作表与此申请表一起提交。）

6 证明

签署此表格，即表示本人确认以下事项：

已完成填写此表格的收入部分，所有收入证明均包含在内。

了解若收入或情况发生变化，本人有责任通知县评估员。因错误信息授予的任何豁免都要补缴过去五年相应的税款，外加100%的罚款。

声明本申请材料中的信息完整无误，如作伪证，将接受处罚。

因错误、疏忽或不了解RCW 84.36.381至389规定的房产税豁免规定，要依据RCW 84.69.020申请退还已缴或多缴的税款。

申请人签字：

日期：

后续事项：

请将本表格寄送给当地县评估员。

此处可查询您所在县的评估员办公室：dor.wa.gov/countycontacts

申请表填写说明

请完整填写第1部分至第6部分，并附上证明文件，以避免延误申请处理。如有疑问，请联系您所在县的评估员办公室。

第1部分

同住人是与您同居并对您的房屋拥有所有权权益的人。

第2部分

勾选相应的方框。请参阅本说明中的需提交的文件小节，以确定要寄送哪些文件来证明年龄或残障状况。

第3部分

输入您购买住宅的日期以及您开始入住该住宅的日期（即便日期相同）。若您之前已符合资格并获得Washington住宅的豁免，请说明之前获得豁免的时间、地址和县名。

第4部分

您可以从所在县的评估员办公室获取有关您的具体住宅和地块数据的详细信息。

ADU说明：

从2025纳税年度开始，住宅的定义将扩展到包括一个附属住宅单元 (ADU)。对于该计划，由于ADU的价值已包含在降低后的估值中，这项变动可导致申请人的房产税大幅减少。

可能影响豁免的重要因素：

住在该住宅(主要住宅和包括在内的ADU)的住户人数

出租您的住宅(主要住宅或ADU)的任何部分

第5部分

请填写并附上 [《综合可支配收入工作表》](#)，然后在此处填入总额。

综合可支配收入的计算方式

根据RCW 84.36.383(1)，“综合可支配收入”等于您的可支配收入加上您的配偶/同居伴侣和任何同

住人的可支配收入，再减去您或您的配偶/同居伴侣的开支：

可支配收入的计算方式

针对这项计划的目标，“可支配收入”有一个明确的定义。根据RCW 84.36.383(6)的规定，“可支配收入”等于调整后的总收入（按照联邦国内税收法的定义），加上以下所有未包括在调整后的总收入中或从中扣除的款项：

资本利得，但不包含通过出售主要住宅并再次投资于新主要住宅所获得的收益。

因损失或折旧而扣除的金额。

养老金和年金。

社会保险法及铁路退休福利。

军人工资和福利，但不包含护理费和医疗补助。

退伍军人工资和福利，但不包含护理费、医疗补助、退伍军人事务部 (Veterans Affairs, VA) 残障福利金以及抚养和补偿金 (Dependency and Indemnity Compensation, DIC)。

股息收入。

州和市政债券所得利息。

即使这些收入根据美国国税局 (Internal Revenue Service, IRS) 的规定无需缴纳税款，也会被纳入“可支配收入”。

什么是可扣除费用

您的配偶/同居伴侣支付的以下费用（未获得保险报销或给付）：

处方药物。

在家中或在疗养院、寄养所或成人之家中进行治疗或护理。

Medicare A、B、C和D部分以及Medicare补充 (Medigap) 保单的医疗保险费用。

耐用医疗器材和助行器材以及假肢设备。

医用处方氧气。

长期护理保险。

费用分摊金额（此金额计入您健康计划的最高自费额）。

雾化器。

由获得Washington许可的自然疗法医师开具、给予、分发或用于治疗个人的以矿物、动物和植物为来源的药物。

造口用品。

人用胰岛素。

肾透析设备。

输送人用药物的一次性设备。

如需更多信息，请查看 [《综合可支配收入工作表》](#) 的说明。

收入限额

有资格获得此豁免的收入限额为\$40,000，或该县家庭收入中位数的65%，以较高者为准。可在 dor.wa.gov/incomethresholds 上查看县特定限额。

第6部分

请在申请表上签名并注明日期。签名即代表您确认所有信息均真实准确。您了解，若情况发生变化，您有责任通知县评估员。

需包含的文件

您必须向您所在县的评估员办公室提交文件，证明申请表中所报告的信息。

年龄或残障、所有权和居住权的证明

请附上证明您符合年龄或残障、所有权和居住权要求的文件副本，例如：

您的驾照或州签发的持照身份证件副本。

您的选民登记副本。

您的出生证明副本。

如果您是因残障状况而获得资格：社会安全局 (Social Security Administration, SSA) 或VA提供的残障裁定函副本，或由您的医生填写并提交的残障证明声明。

信托文件的完整副本（如适用）。

地契的副本。

县评估员要求的任何其他文件。

收入证明

请附上填妥的 [《综合可支配收入工作表》](#) 及证明文件。如需了解需填写内容的其他详细信息，请查看 [《综合可支配收入工作表》](#) 的说明。