

Asegúrese de tener la siguiente información para completar su solicitud

INGRESOS DEL AÑO 2017

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 2017

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

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 2017

Recetas Medicas: \$ _____ (Contactar a su farmacia para el total)	Corazón: \$ _____
Médico: \$ _____	Lentes / Lentes de Contacto: \$ _____
Oculista: \$ _____	Dentaduras: \$ _____
Médico de Audición: \$ _____	Aparatos Auditivos: \$ _____
Dentista: \$ _____	Pilas para aparatos auditivos: \$ _____
Medicare: \$ _____	Bastón: \$ _____
Medicare Parte D: \$ _____	Muletas: \$ _____
Seguro Suplementario: \$ _____	Andador: \$ _____
Quiropráctico: \$ _____	Silla de ruedas: \$ _____
Seguro de Hogar de Ancianos: \$ _____	Las jeringas de insulina: \$ _____
Seguro de Cáncer: \$ _____	Atención a domicilio con licencia: \$ _____
Suministros de Oxígeno: \$ _____	Cuidado en el Hogar de Ancianos: \$ _____
	Otros: \$ _____

Aproximadamente todo el kilometraje recorrido a las citas médicas y/o hospital en el año 2017

Total de Millas (del 1 de Enero al 31 de Diciembre) _____ X (.17 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)