



Departamento de
Preservación y
Desarrollo de la Vivienda

División de Recursos para Inquilinos

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO DE ALQUILER | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (últimos 4 dígitos) |
|---|---|

FORMULARIO 7. DECLARACIÓN DE GASTOS POR DISCAPACIDAD NO REEMBOLSADOS

| | | |
|---|---|---|
| <p>Deberá completar este formulario <u>en caso de que su familia tenga un gasto no reembolsado por un asistente de atención personal</u> (ayuda médica a domicilio para un adulto con discapacidad o una niñera para un niño mayor de 13 años con discapacidad) <u>o por equipo médico</u> (como una silla de ruedas) para un miembro del núcleo familiar que tenga una discapacidad y en caso de que, como resultado de este gasto, usted o cualquier miembro del grupo familiar haya obtenido ingresos de un empleo. Debe presentar la verificación de cualquier gasto por discapacidad en el que haya incurrido durante los últimos 12 meses. Esto puede incluir un comprobante por una silla de ruedas, rampa, la adaptación para un vehículo o equipo especial para que una persona ciega pueda leer y escribir.</p> <p>DEBE COMPLETARLO Y FIRMARLO EL TITULAR DEL CONTRATO DE ALQUILER.</p> | ¿Completó usted este formulario? | |
| | <p>Sí</p> <input type="checkbox"/> | <p>No corresponde</p> <input type="checkbox"/> |

¿Es su núcleo familiar elegible para una deducción de gastos por discapacidad?

- ¿Paga usted a alguien para que cuide a una persona con discapacidad de su núcleo familiar? Sí No
- ¿Compró un equipo médico para una persona con discapacidad de su núcleo familiar? Sí No
- ¿Pudo usted, o cualquier otro miembro del núcleo familiar, obtener ingresos de un empleo debido a este gasto por discapacidad? Sí No

Si respondió Sí a la pregunta n.º 3 de arriba, complete los cuadros de abajo:

| | Nombre del miembro del núcleo familiar con discapacidad: | Nombre del miembro del núcleo familiar con discapacidad: |
|---|--|--|
| | 1. _____ | 2. _____ |
| Gastos por discapacidad elegibles: (gasto de equipos médicos o por un asistente de atención médica) | | |
| Cantidad a pagar o que se espera que se pague en los próximos 12 meses: (presentar comprobante de los pagos recurrentes o factura) | | |
| Nombres y teléfonos de las instituciones que prestan el servicio: | | |
| Nombres de los miembros del grupo familiar que percibieron ingresos como resultado del gasto por discapacidad: | | |

Nota: Solo la parte del gasto por discapacidad total que excede el 3 % de los ingresos anuales del núcleo familiar es una deducción permitida. La deducción del gasto por discapacidad no puede exceder la cantidad total del dinero percibido por los miembros del núcleo familiar que pueden trabajar debido al gasto por discapacidad.

Certifico que la información de arriba es exacta y entiendo que presentar declaraciones falsas a una agencia gubernamental se castigará de acuerdo con las leyes federales y puede tener como consecuencia la pérdida del subsidio.

FIRMA DEL TITULAR DEL CONTRATO DE ALQUILER
FECHA

