

Декларация подтверждения инвалидности

Дата: _____ № учетной записи или участка: _____

Пересмотренный кодекс норм и правил штата Вашингтон RCW (Revised Code of Washington) 84.36.383(7) определяет «инвалидность», так же, как и норма 42 U.S.C. Sec. 423(d)(1)(A): «Неспособность заниматься любой существенной деятельностью, приносящей прибыль, по причине наличия у лица любого подтверждаемого компетентными медицинскими работниками физического или психического состояния, которое может привести к смерти лица, либо которого продолжается либо может продолжаться в течение длительного периода времени, составляющего не менее 12 месяцев».

В отсутствие письменного подтверждения или решения, принятого Администрацией по вопросам социального обеспечения (Social Security Administration) или Администрацией по делам ветеранов (Veterans Administration) в отношении постоянной инвалидности/нетрудоспособности, или же по просьбе финансового инспектора налогоплательщик, подающий заявление о частичном освобождении от уплаты налога на имущество по причине наличия у него инвалидности, должен предоставить соответствующую справку, заполненную и подписанную лицензированным врачом. В справке должна присутствовать информация о масштабах инвалидности и об ожидаемом периоде ее продолжительности.

Заполненная и подписанная справка должна быть передана в Бюро окружного финансового инспектора заявителя перед утверждением права о частичном освобождении от налога или об отсрочке выплаты налога.

Заявитель: _____

- Подтверждаю, что указанное выше лицо стало нетрудоспособным/инвалидом _____, а также, что оно не в состоянии заниматься какой бы то ни было существенной деятельностью, приносящей финансовую прибыль. Ожидается, что состояние инвалидности продлится до _____.
- Подтверждаю, что указанное выше лицо стало нетрудоспособным/инвалидом _____, а также, что оно не в состоянии заниматься какой бы то ни было существенной деятельностью, приносящей финансовую прибыль. Ожидается, что состояние инвалидности является постоянным.
- Подтверждаю, что указанное выше лицо, у которого установлено инвалидизирующее состояние, в настоящее время способно заниматься существенной деятельностью, приносящей финансовую прибыль.
- Подтверждаю, что указанное выше лицо не является нетрудоспособным/инвалидом.

Декларация

Под страхом обвинения в лжесвидетельстве в соответствии с законами штата Вашингтон я заявляю, что приведенное выше утверждение, в меру моих знаний и убеждений, является верным и правильным.

Датировано _____, _____ в _____, штат Вашингтон.

Подпись врача

Имя, фамилия и адрес врача печатными буквами

Чтобы запросить о предоставлении настоящей публикации в альтернативном формате для лиц с дефектами зрения, позвоните по телефону (360) 705-6715. Телефон для пользователей телетайпа (TTY): (360) 705-6718. По вопросам, связанным с налогообложением, звоните: (360) 534-1400.