

APPLICATION FOR RENTER'S
REBATE OF ELDERLY RENTERS

AND TOTALLY DISABLED PERSONS

2021 RENTER

FILING PERIOD APRIL 1 - OCT. 1

1. NAME (Last) (First) (Middle Initial)		YOUR BIRTH DATE (Mo, Day, Yr)	YOUR SOCIAL SECURITY NO.	
		/ /	- -	
2. SPOUSES NAME (Last) (First) (Middle Initial)		SPOUSES BIRTH DATE (Mo, Day, Yr)	SPOUSES SOCIAL SECURITY NO.	
		/ /	- -	
3. PRESENT MAILING ADDRESS (No. and Street)		CITY OR TOWN (Don't Abbreviate)		STATE ZIP CODE
4. RENTAL ADDRESS IN CT IF DIFFERENT THAN ABOVE		CITY OR TOWN		STATE ZIP CODE
5. FILING STATUS : CHECK ONLY ONE : ☐ MARRIED ☐ UNMARRIED ☐ CIVIL UNION ☐ SURVIVING SPOUSE (AGE 50 TO 65) PROOF REQUIRED				
IF SPOUSE IS A RESIDENT OF A HEALTH CARE OR A NURSING HOME FACILITY IN CT AND ON TITLE XIX <u>PROOF REQUIRED</u>		NURSING HOME CHECK HERE: ☐	IF APPLICANT IS TOTALLY DISABLED <u>CURRENT</u> <u>PROOF REQUIRED</u> CHECK HERE: ☐	
6. WHAT % OF RENT AND UTILITIES DO YOU PAY? (Husband and Wife are considered to be one (1) renter) %				
7. TOTAL RENT AND UTILITIES ACTUALLY PAID BY APPLICANT/APPLICANTS \$				
8. DID OR WILL YOU FILE A FEDERAL TAX RETURN FOR LAST YEAR? ☐ - YES (Attach Copy) ☐ - NO				
9. <u>PUBLIC ASSISTANCE RECIPIENTS PLEASE NOTE</u> : You may receive LESS than the TENTATIVE GRANT on Line 20 below.				
10. DID YOU RENT IN CONNECTICUT FOR THE ENTIRE CALENDAR YEAR? ☐ YES ☐ NO		11. IF THE ANSWER TO (10) IS "NO", ENTER DATES YOU RENTED:		Starting Mo, Yr Ending Mo, Yr
12. INCOME RECEIVED DURING LAST CALENDAR YEAR: A. GROSS INCOME - Includes: Federal Gross income or its equivalent. Such as, but not limited to, wages, lottery winnings, taxable pensions, IRA's, interest, dividends and net rental income (exclude depreciation). A.\$ _____ B. NON-TAXABLE INTEREST - Example: Interest from Tax Exempt Government Bonds B.\$ _____ C. SOCIAL SECURITY OR RAILROAD RETIREMENT INCOME - Add Medicare premiums (Attach SSA 1099) C.\$ _____ D. ANY INCOME NOT REFLECTED IN THE ABOVE - Examples: Federal Supplemental Security Income, Veteran's Pensions, Veteran's Disability Payments, and any other income not listed above. D.\$ _____ SPECIFY SOURCE OF INCOME: E. TOTAL Add lines 12A through 12D E.\$ _____				
APPLICANT'S/ AUTHORIZED AGENT'S AFFIDAVIT	The applicant or authorized agent deposes that the above statements are true and complete and claims tax relief under provisions of the Connecticut General Statutes. The property for which tax relief is claimed, is the permanent residence/domicile of the applicant. He/she is not receiving State Elderly tax benefits under section 12-129b, section 12-170aa, in any town. I grant permission to the Department of Social Services to release to the Office of Policy and Management information necessary to help determine my eligibility. The penalty for making a false affidavit is the refund of all credits improperly taken and a fine of \$500.00 or imprisonment for one year, or both. Your signature signifies that this affidavit has been read and understood.			
SIGNATURE OF APPLICANT OR AUTHORIZED AGENT X		Date signed (Mo, Day, Yr) ____/____/____	APPLICANT'S OR AGENT'S PHONE NO. Area Code ()	
AGENT'S RELATIONSHIP				

STOP ! DO NOT WRITE BELOW THIS LINE - FOR ASSESSOR'S USE ONLY

13. Amount of rent and utilities paid from Line 7 \$		X .35	\$
14. CREDIT COMPUTATION: QUALIFYING INCOME ☐ FULL YEAR - \$ x.05 (OR) ☐ PART YEAR - \$ X (NO. MONTHS / 12) x .05 = \$			
15. Subtract Line 14 from Line 13. If zero or negative amount, there is no benefit. Enter -0- on Line 20. \$			
16. Indicate table used: ☐ Unmarried ☐ Married			
17. MAXIMUM CREDIT ALLOWED A. ☐ FULL YEAR: amount per table (OR) B. ☐ PART YEAR: amount per table X (No. of Months() / 12 =) \$			
18. Enter amount on Line 15 or Line 17, whichever is LESS \$			
19. Minimum per table \$			
20. Enter GREATER of Line 18 or 19: TENTATIVE GRANT (Subject to review by Off. of Policy and Management) \$			
ASSESSOR'S AFFIDAVIT	___ - I am satisfied that the above named applicant meets all the necessary statutory requirements ___ - This claim is disallowed for the following reason: _____ Please see the instructions at the Assessor's or local Social Services Office for appeal information.		
SIGNATURE OF ASSESSOR OR MEMBER OF ASSESSOR'S STAFF			Date signed (Mo.,Day,Yr.) ____/____/____

Distribution:

Original - Assessor

Copy - Applicant

Copy - OPM

Y PERSONAS TOTALMENTE DISCAPACITADAS
 PERIODO DE APLICACION APRIL 1 - OCT. 1

2021 INQUILINO

1. NOMBRE (Apellido) (1er Nombre)		FECHA DE NACIMIENTO (M, D, Año)	NUM. DE SEGURO SOCIAL	
(Inicial)		/ /	- -	
2. NOMBRE ESPOSO(A)(Apellido) (1er Nombre)		FECHA DE NACIMIENTO (M, D, Año)	#SEGURO SOCIAL ESPOSO(A)	
(Inicial)		/ /	- -	
3. DIRECCION POSTAL ACTUAL (Núm. y Calle)		CIUDAD O PUEBLO (NO Abrevie)		ESTADO
CODIGO DE AREA				
4. DIRECCION DE ALQUIER EN CT SI DIFERENTE A LA ANTERIOR		CIUDAD O PUEBLO		ESTADO
CODIGO DE AREA				
5. ESTADO CIVIL : MARQUE SOLO UNA : ☐ CASADO(A) ☐ SOLTERO(A) ☐ UNION CIVIL ☐ VIUDO(A) (EDAD DE 50 A 65) PRUEBA REQUERIDA				
SI EL ESPOSO(A) RESIDE EN UN HOGAR CON ATENCIÓN MÉDICA O UN HOGAR DE ENFERMERÍA EN CT Y TIENE TÍTULO XIX(19) SE REQUIERE PRUEBA		NOMBRE DEL HOGAR	SI EL APLICANTE ES TOTALMENTE DISCAPACITADO PRUEBA RECIENTE REQUERIDA	TOTALMENTE DISCAPACITADO
		MARQUE AQUI: ☐	MARQUE AQUI: ☐	
6. ¿QUÉ % DE ALQUILER Y UTILIDADES PAGA? (El esposo y la esposa se consideran un (1) inquilino) %				
7. TOTAL DE ALQUILER Y UTILIDADES PAGADOS POR EL SOLICITANTE/ SOLICITANTES \$				
8. ¿PRESENTÓ O PRESENTARÁ UNA DECLARACION DE IMPUESTOS FEDERAL POR EL AÑO PASADO? ☐ - SI (Adjuntar Copia) ☐ - NO				
9. RECIPIENTES DE ASISTENCIA PÚBLICA, TENGA EN CUENTA: Puede recibir MENOS que el REMBOLSO TENTATIVO en Línea 20 a continuación.				
10. ALQUILÓ EN CONNECTICUT		11. SI LA RESPUESTA A (10) ES "NO" INGRESE FECHAS QUE ALQUILÓ:		
¿DURANTE TODO EL AÑO CALENDARIO? ☐ SÍ ☐ NO				Inicio Mes, Año Final Mes, Año
12. INGRESOS RECIBIDOS DURANTE EL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO:				
A. INGRESOS BRUTOS - Incluye: Ingresos brutos federales o su equivalente. Tales como, pero no limitado a, salarios, ganancias de lotería, pensiones imponibles, IRA, intereses, dividendos e ingresos netos por alquileres (excluya la depreciación).			A. \$ _____.	
B. INTERESES NO IMPUESTOS - Ejemplo: intereses de bonos del gobierno exentos de impuestos			B. \$ _____.	
C. INGRESOS DE SEGURO SOCIAL O RETIRO DE FERROCARRILES - Agregue las primas de Medicare (Adjunte SSA 1099)			C. \$ _____.	
D. CUALQUIER INGRESO NO REFLEJADO EN LO ANTERIOR - Ejemplos: Ingresos federales de seguridad suplementarios, Pensiones de veteranos, pagos por discapacidad de veteranos y cualquier otro ingreso no mencionado anteriormente.			D. \$ _____.	
ESPECIFIQUE LA FUENTE DE INGRESOS: _____			E. TOTAL Agregue las líneas 12A a 12D E. \$ _____.	
SOLICITANTES/ AUTORIZADO AGENTE DECLARACIÓN JURADA		El solicitante o agente autorizado declara que las declaraciones anteriores son verdaderas y completas y reclama una desgravación fiscal según las disposiciones de los Estatutos Generales de Connecticut. La propiedad por la cual se solicita la desgravación fiscal es la residencia / domicilio permanente del solicitante. Él / ella no está recibiendo beneficios de impuestos para Ancianos del Estado bajo la sección 12-129b, sección 12-170aa, en ninguna ciudad. Doy permiso al Departamento de Servicios Sociales para divulgar a la Oficina de Política y Administración la información necesaria para ayudar a determinar mi elegibilidad. La multa por hacer una declaración jurada falsa es el reembolso de todos los créditos tomados incorrectamente y una multa de \$ 500.00 o prisión por un año, o ambos. Su firma significa que esta declaración jurada ha sido leída y entendida.		
FIRMA DEL APLICANTE O AGENTE AUTORIZADO X		Fecha de firma (M, Día, An)	#TEL. DE APLICANTE O AGENTE Código de Area ()	RELACION CON AGENTE
		/ /		
PARE! NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA- SOLO PARA USO DEL ASESOR				
13. Cantidad de alquileres y utilidades pagadas de la Línea 7 \$		X.35		\$
14. CALCULO DEL CRÉDITO: INGRESOS CALIFICANTES				
☐ AÑO COMPLETO - \$ x.05 (OR) ☐ AÑO PARCIAL - \$ X (NO. MESES/12) x .05 = \$				
15. Reste la línea 14 de la línea 13. Si la cantidad es cero o negativa, no hay beneficio. Ingrese -0- en la línea 20. \$				
16. Indique la tabla utilizada: ☐ Soltero ☐ Casado				
17. CRÉDITO MÁXIMO PERMITIDO				
A. ☐ AÑO COMPLETO: cantidad por tabla (OR) B. ☐ AÑO PARTE: cantidad por tabla X (No. de meses () / 12 =) \$				
18. Ingrese el monto en la Línea 15 o Línea 17, la que sea MENOS \$				
19. Mínimo por tabla \$				
20. Ingrese MAYOR de la línea 18 o 19: SUBVENCIÓN TENTATIVA (Sujeto a revisión por parte de Off. De Política y Administración) \$				
DECLARACIÓN JURADA DEL EVALUADOR		___ - Estoy satisfecho de que el solicitante mencionado anteriormente cumple con todos los requisitos legales necesarios ___ - Este reclamo está rechazado por la siguiente razón: _____ Para obtener información sobre la apelación, consulte las instrucciones en la Oficina del Asesor u Oficina de Servicios Sociales local.		
FIRMA DEL ASESOR O MIEMBRO DEL PERSONAL DEL ASESOR				Fecha de firma (Mes,Día,Año)
				/ /

Distribución:

Original - Asesor

Copia - Apicante

Copia - OPM