



## Solicitud del impuesto sobre los bienes inmuebles

Yo, \_\_\_\_\_, solicito que el descuento del impuesto sobre los bienes inmuebles se aplique a la factura de pago por cuenta propia adjunta por los servicios prestados a mí o a un cónyuge/dependiente legal que tuvo una fecha de servicio de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA).

Entiendo que, para calificar para el descuento del impuesto sobre los bienes inmuebles, una persona debe ser el solicitante o el cónyuge/dependiente legal del solicitante. Por dependiente se entiende un hijo menor de 18 años. Además, entiendo que el descuento solo puede aplicarse a la parte de los gastos facturados que no sea reembolsada directa o indirectamente por un tercero pagador, que la cantidad del descuento se limita a la cantidad de los impuestos sobre los bienes inmuebles tasados para el año fiscal 20\_\_\_\_.

Se me han tasado impuestos sobre los bienes inmuebles por valor de \$\_\_\_\_\_ en beneficio de Pacific County Hospital Dist. 2, Pacific County, dentro del año relacionado de 20\_\_\_\_\_.

- ☐ He adjuntado a esta solicitud una copia de la prueba apropiada de la cantidad de impuestos sobre los bienes inmuebles pagados en beneficio del distrito, como una copia de la declaración de impuestos sobre los bienes inmuebles relacionada del condado.
- ☐ He adjuntado una copia de la declaración relacionada a la que solicito que se aplique el crédito del impuesto sobre los bienes inmuebles.

Certifico bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta.  
Con fecha de este día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

**Las solicitudes deben presentarse en un plazo de 90 días a partir de la fecha del servicio o de 90 días a partir de la fecha de pago del seguro.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

N.º de cuenta: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Favor enviar a la siguiente dirección postal:**

**Willapa Harbor Hospital  
Attn: Business Office  
P.O. Box 438  
South Bend, WA 98586  
360-875-4503**



WHH Interpretive  
Language  
Services