



CONDADO DE LOS ÁNGELES ASSOCIATION OF ASSESSMENT APPEALS BOARD

KENNETH HAHN HALL OF ADMINISTRATION
500 WEST TEMPLE STREET, SUITE B4
LOS ÁNGELES, CALIFORNIA 90012
(213) 974-1471

<https://bos.lacounty.gov/services/assessment-appeals>

Para Uso del Personal de AAB

- | | |
|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aprobar | Fecha: _____ Por: _____ |
| <input type="checkbox"/> Negado | Fecha: _____ Por: _____ |
| <input type="checkbox"/> Aviso de Pago Enviado | Fecha: _____ Por: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pago Recibido | Fecha: _____ Por: _____ |

Solicitud de Exención de Tarifas o Pago para Apelaciones de Valoración

Si un solicitante recibe asistencia pública, es una persona de bajos ingresos o no tiene ingresos suficientes para cubrir las necesidades básicas del hogar, este formulario puede utilizarse para solicitar la exención del **costo no reembolsable** de \$46 dólares de presentación de apelaciones de valoración. El solicitante debe presentar este formulario junto con cualquier documento de respaldo requerido en su Solicitud de Apelación de Valoración. Si la solicitud de exención de costo es negada, la solicitud del solicitante no será válida hasta que el costo de procesamiento de cada solicitud se pague dentro del plazo especificado en el aviso de pago.

1. Información del Solicitante

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Número(s) de teléfono: _____

Número de parcela del tasador (APN): _____

Dirección postal (si es diferente de la dirección de la propiedad que se apela):

2. Motivo para solicitar una exención de tarifas (seleccione uno):

- A.) Solicitante recibe los siguientes beneficios públicos (seleccione todos los que aplican): **Adjunte copias de los documentos de apoyo para el/los beneficio(s) público seleccionados por el solicitante.**
- Medi-Cal Food Stamps SSI SSP CalWORKS
 County Relief/Gen. Assistance IHSS Tribal TANF
 CAPI (Programa de Asistencia para mayores, ciegos y discapacitados)
Documentos de respaldo están adjuntos.
- B.) Ingreso total mensual del hogar del solicitante (antes de impuestos) es menor que o igual a la cantidad indicada a continuación:

Tamaño de Familia	1	2	3	4	5	6
Ingresos de Familia	\$2,510	\$3,407	\$4,303	\$5,200	\$6,097	\$6,993

Si hay más de 6 personas en el hogar, añada \$897 dólares por cada persona extra.

1.) Ingreso total mensual del hogar del solicitante (antes de impuestos):

\$ _____ por mes

2.) Enumera las personas que el solicitante apoya (incluidas en el tamaño de la familia del solicitante):

- C.) Al seleccionar esta casilla, el solicitante atestigua que pagar la tarifa de presentación de \$46 dólares supondría una dificultad financiera excesiva, lo que incluye cuando los gastos relacionados con la hipoteca del solicitante superen el 30% del ingreso total del hogar, o la incapacidad para cubrir necesidades básicas del hogar definidas como servicios, comida, ropa, gastos hipotecarios, gastos sanitarios o gastos de transporte. Para los fines de este apartado, los gastos relacionados con la hipoteca incluyen el principal y los intereses, los impuestos sobre la propiedad y el seguro de hogar.

Certifico (o declaro) bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que lo anterior y toda la información a este sujeto, incluidas cualquier declaración o documento acompañante, es verdadero, correcto y completo según mi mejor conocimiento y creencia, y que soy el dueño de la propiedad o la persona afectada (es decir, una persona con un interés económico directo en el pago de impuestos sobre esa propiedad – "El Solicitante").

Entiendo que se me puede requerir proporcionar información financiera y documentos de respaldo durante el proceso de revisión para demostrar elegibilidad o motivo de dificultad económica.

Firma

Fecha