



Kern County

Clerk of the Assessment Appeals Board

Kern County Administrative Office
1115 Truxtun Avenue, Fifth Floor, Bakersfield, CA 93301
(661) 868-3585 FAX: (661) 868-3636 TDD/TTY (800) 735-2929

Solicitud para exentar el pago de \$75 para la solicitud de apelación de evaluación

Si recibe beneficios públicos, tiene bajos ingresos o no cuenta con suficientes ingresos para cubrir las necesidades básicas de su hogar, puede usar este formulario para solicitar que el Condado de Kern le exente del pago de la tarifa de procesamiento de su Solicitud de Cambio de Tasación. El Secretario de la Junta de Apelaciones de Tasaciones podría solicitarle información adicional si es necesario para verificar su elegibilidad para la exención de la tarifa.

POR FAVOR ESCRIBA LEGIBLEMENTE

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (propietario solicitando la exención de tarifa):

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Número de parcela del tasador (APN) _____

Dirección de la propiedad (si es diferente): _____

No tengo suficientes ingresos para pagar la tarifa de \$75 por el procesamiento de la solicitud de Cambio de Evaluación porque: (marque todas las que correspondan)

- ☐ A. Recibo asistencia públicas (marque todas las que correspondan):
- ☐ Medi-Cal ☐ Ayuda del condado/Ayuda general o asistencia
 - ☐ Cupones de alimentos ☐ IHSS (Servicios de apoyo a domicilio)
 - ☐ SSI ☐ SSP
 - ☐ CalWORKS (Asistencia monetaria) o Tribal TANF (Asistencia Temporal Tribal para Familias Necesitadas)
 - ☐ CAPI (Programa de asistencia en efectivo para ancianos, ciegos y discapacitados)
- ☐ B. Mis ingresos brutos mensuales familiares (antes de impuestos) son inferiores a la cantidad que se indica a continuación:

Tamaño de la familia	Ingreso Mensual	Tamaño de la familia	Ingreso Mensual	Tamaño de la familia	Ingreso Mensual	Si hay más de 6 personas en casa, agregue \$898 por mes por persona.
1	\$2,510	3	\$4,304	5	\$6,098	
2	\$3,408	4	\$5,200	6	\$6,994	

- ☐ C. Si pago esta tarifa de solicitud no reembolsable de \$75, no podré cubrir mis necesidades básicas del hogar.

Declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del Estado de California, que la información que he proporcionado en este formulario y en todos sus anexos es verdadera y correcta.

Firma: _____

Fecha: _____

Appeal No.: _____