



250104PT19997

(1064)

Solicitud de reembolso de impuestos sobre la propiedad, alquiler y calefacción de Colorado 2025

- ☐ Marque aquí si esta solicitud se presenta para corregir una solicitud PTC 2025 presentada anteriormente.

Información del contribuyente

• Apellido (del aplicante)	• Primer nombre	• Inicial del segundo nombre
Fallecido/a: ☐ Sí	• Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	• SSN o ITIN
• Licencia de conducir /Número de identificación de Colorado	• Fecha de vencimiento (MM/DD/AAAA)	
• Identificación alternativa (emitida por el Departamento de Ingresos)		

Información del cónyuge - Solo llene esta sección si está casado/a o tiene una pareja.

• Apellido (si está casado/a)	• Primer nombre	• Inicial del segundo nombre
Fallecido/a: ☐ Sí	• Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	• SSN o ITIN
• Licencia de conducir/número de identificación del cónyuge	• Fecha de vencimiento (MM/DD/AAAA)	
• Identificación alternativa (emitida por el Departamento de Ingresos)		

Dirección postal

Dirección física	Número de teléfono		
Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección postal (si es diferente de la dirección física)	Dirección de correo electrónico		
Ciudad	Estado	Código postal	

Si no vivió en la dirección indicada anteriormente durante todo el año 2025, debe incluir una lista de las direcciones en las que vivió durante el año 2025 y las fechas en que vivió en cada ubicación.



250104PT29997

Apellido (del aplicante) (el mismo de la página 1)	Primer nombre (el mismo de la página 1)	Inicial del segundo nombre
SSN o ITIN (el mismo número de la página 1)	Identificación alternativa (emitida por el Departamento de Ingresos)	

Si usted es una persona con discapacidad menor de 65 años, ya no puede solicitar el reembolso por impuestos de propiedad/alquiler/calefacción (PTC, por sus siglas en inglés) presentando este formulario. Sin embargo, es posible que pueda solicitar el nuevo crédito de asistencia por discapacidad presentando el formulario DR 0104 o el formulario DR 0104EZ.

Marque la primera casilla que corresponda a usted o su cónyuge/pareja. Si no aplica ninguno, no complete este formulario porque no califica para este reembolso.

- ☐ **A.** Tener 65 años o más al 31 de diciembre de 2025.
- ☐ **B.** Viuda o viudo que tenga al menos 58 años de edad al 31 de diciembre de 2025.

Indique en los cuadros a continuación los montos **totales** recibidos de enero a diciembre de 2025. Si son conjuntos, sume los ingresos de ambas partes antes de enumerar el total. **No** ingrese sus montos mensuales

1. Ingrese la cantidad de meses (1-12) que recibió Medicare durante 2025. Si sus primas de Medicare fueron pagadas por Medicaid, ingrese 0.....	• 1		
2. Beneficios del Seguro Social, SSI y/o A.N.D.....	• 2		00
3. Pensión de vejez de Colorado.....	• 3		00
4. Pagos de pensión privadas o VA recibidos.....	• 4		00
5. Sueldos, salarios y propinas.....	• 5		00
6. Intereses y dividendos.....	• 6		00
7. Otros ingresos.....	• 7		00

Explicar otros ingresos



250104PT39997

Apellido (del aplicante) (el mismo de la página 1)

Primer nombre (el mismo de la página 1)

Inicial del segundo nombre

SSN o ITIN (el mismo número de la página 1)

Identificación alternativa (emitida por el Departamento de Ingresos)

Ingrese sus gastos de impuestos a la propiedad, alquiler y calefacción.

8. Si pagó el impuesto a la propiedad de 2024 en 2025, ingrese el monto aquí..... • 8

9. Si pagó alquiler, ingrese aquí el total del año..... • 9

10. Si pagó gastos de calefacción o combustible, ingrese aquí el total del año..... • 10

• 11. ¿Están sus comidas incluidas en los pagos de su alquiler?.....

☐ No ☐ Si ☐ ☐ Solo parte del año, ingrese el monto • 11

• 12. ¿Su calefacción estaba incluida en sus pagos de alquiler?

☐ No ☐ Si ☐ ☐ Solo parte del año, ingrese el monto • 12

13. Reembolso del impuesto estatal sobre las ventas

Si califica, su reembolso del impuesto estatal sobre las ventas será de \$19 si es soltero o de \$38 si presenta una declaración conjunta.

Deposito directo

Número de ruta

Tipo: ☐ Cuenta corriente ☐ Cuenta de ahorros

Número de cuenta



250104PT49997

Apellido (del aplicante) (el mismo de la página 1)

Primer nombre (el mismo de la página 1)

Inicial del segundo nombre

SSN o ITIN (el mismo número de la página 1)

Identificación alternativa (emitida por el Departamento de Ingresos)

Declaro bajo pena de perjurio en segundo grado que, a mi leal saber y entender, la información contenida en este documento es verdadera, correcta y completa. Además, autorizo al Departamento de Ingresos a comunicarse con las agencias apropiadas para verificar cualquier información proporcionada en este formulario y las agencias están autorizadas a divulgar dicha información al Departamento de Ingresos.

Su firma

Fecha (MM/DD/AA)

Firma del cónyuge / pareja

Fecha (MM/DD/AA)

Preparado por

Enviar por correo a: Colorado Department of Revenue, Denver, CO 80261-0005

La traducción de este documento se proporciona únicamente con fines informativos y de conveniencia. Cualquier discrepancia o diferencia creada por la traducción de este documento no pretende alterar el significado de la versión en inglés. Si surge alguna pregunta relacionada con la información contenida en el documento traducido, consulte la versión en inglés.