

**CITY OF EL PASO, TEXAS
AGENDA ITEM
DEPARTMENT HEAD'S SUMMARY FORM**

DEPARTMENT:

AGENDA DATE:

PUBLIC HEARING DATE:

CONTACT PERSON NAME:

PHONE NUMBER:

DISTRICT(S) AFFECTED:

STRATEGIC GOAL:

SUBGOAL:

SUBJECT:

BACKGROUND / DISCUSSION:

COMMUNITY AND STAKEHOLDER OUTREACH:

PRIOR COUNCIL ACTION:

AMOUNT AND SOURCE OF FUNDING:

REPORTING OF CONTRIBUTION OR DONATION TO CITY COUNCIL:

NAME	AMOUNT (\$)

*****REQUIRED AUTHORIZATION*****

DEPARTMENT HEAD: _____

(If Department Head Summary Form is initiated by Purchasing, client department should sign also)

RESOLUTION

WHEREAS, pursuant to Section 31.11 (c) of the Texas Code an application for a refund must be made within three (3) years after the date of the payment or the taxpayer waives the right to the refund; and

WHEREAS, pursuant to Section 31.11 (c-1) the governing body of the taxing unit may extend the deadline for a single period not to exceed two years on a showing of good cause by the taxpayer; and

WHEREAS, taxpayer, Samuel Castillo ("Taxpayer") has applied for a refund with the tax assessor for their 2021 property taxes that were overpaid on January 31, 2022 in the amount of \$233.30 for all taxing entities; and

WHEREAS, City Council may extend the deadline for the Taxpayer's application for the overpayment of the 2021 taxes for a period not to exceed two years on a showing of good cause by the taxpayer; and

NOW, THEREFORE, BE IT RESOLVED BY THE CITY COUNCIL OF THE CITY OF EL PASO:

THAT THE City finds that Samuel Castillo showed a good cause to extend the deadline to apply for a refund of the overpayment of the 2021 taxes and the tax refund in the amount of \$233.30 is approved.

APPROVED this _____ day of _____, 2025.

CITY OF EL PASO:

Renard U. Johnson
Mayor

ATTEST:

Laura D. Prine
City Clerk

APPROVED AS TO FORM:

Oscar Gomez
Assistant City Attorney

APPROVED AS TO CONTENT:

Maria O. Pasillas
City Tax Assessor/Collector



MARIA O. PASILLAS, RTA
CITY OF EL PASO TAX ASSESSOR COLLECTOR
221 N. KANSAS, STE 300
EL PASO, TX 79901

PH: (915) 212-0106 FAX: (915) 212-0107 Email: taxforms@elpasotexas.gov

CITY TAX OFFICE

MAY 07 2025

SAMUEL CASTILLO
3205 PORTER AVE
EL PASO, TX 79930-4635

Numero de cuenta G686-999-1050-8200	Prop ID 314527
Descripción legal de la propiedad 105 GRANDVIEW N 70 FT OF 28 & 29 & N 70 FT OF W 20 FT OF 27 (4900 SQ FT)	
3530 DYER ST	
OWNER: SAMUEL AND SILVIA PATRICIA CASTILLO IRRE	

SOBRE PAGO EN 2021: \$233.30

1: CITY OF EL PASO, 3: EL PASO ISD, 6: COUNTY OF EL PASO, 7: EL PASO COMMUNITY COLLEGE, 8: UNIVERSITY MEDICAL CENTER OF EL PASO

Estimado Contribuyente:

Nuestros registros indican que hubo un sobrepago hecho a la cuenta y en fecha anteriormente mencionados. Si Usted pagó los impuestos en esta cuenta y cree solemnemente que debe reclamar este reembolso, sirvase completar esta solicitud, firmando y regresándola a nuestra oficina. Si usted no hizo el pago en esta cuenta personalmente, favor de enviar esta carta a quien corresponda. Usted podría solicitar también la transferencia de este sobrepago a otro año o a otra cuenta si así lo desea llenando la información en los espacios indicados o adjuntando una hoja si es necesario.

En reembolsos de \$2500 o más se requiere la aprobación del cuerpo gubernamental. La solicitud de reembolso deberá ser presentada dentro de los tres años siguientes a partir de la fecha del sobrepago o el contribuyente cederá sus derechos sobre éste sobrepago. (Sec. 31.11c)

SOLICITUD PARA REEMBOLSO DE IMPUESTOS: Esta aplicación debe ser completada, firmada, y sometida con la documentación de apoyo para ser válida.

**Paso 1. Identifique al
recipiente del reembolso.**
Muestre información de quien
deba recibir el reembolso.

A quien debe regresarse el reembolso:

Nombre: Samuel Castillo
Dirección: 3205 Porter Ave
Ciudad, Estado, Zona Postal: El Paso Tx 79930
Numero de Teléfono: 915) 740-63-56 Correo Electronico:

**Paso 2. Proporcione
información de pago.**
Incluya copia del cheque ya
cobrado, recibo original,
confirmación de pago en línea,
o estado de cuenta bancaria.

Pago hecho por:	No. De cheque	Fecha de pago	Cantidad pagada
Electronic Check	CC004341634	01/31/2022	\$3,707.37

CANTIDAD TOTAL PAGADA (suma de total)

**Paso 3. Proporcione razón de
este reembolso.**

Favor de enlistar cualquier
cuenta, año, o cantidades que
intento pagar con este
sobrepago.

Sirvase marcar uno de los siguientes:

- ☐ Yo pague esta cuenta por error y me corresponde el reembolso.
- ☒ Yo pague de más en esta cuenta - favor de rembolsar exceso a la dirección marcada en el paso 1. ☒
- ☐ Yo quiero que este pago se aplique a los impuestos del próximo año.
- ☐ Este pago hubiera sido aplicado a otra cuenta o años enlistados abajo.

Paso 4. Firme la forma.
Solicitudes sin firma no
podrán ser procesadas.

Al firmar abajo, estoy solicitando el reembolso descrito arriba y certifico que la información aquí descrita es cierta y verdadera. Reconozco que cualquier persona que de falso testimonio en este registro esta expuesta a una multa o encarcelamiento por violaciones del código penal de Tejas.

FIRMA DEL SOLICITANTE (REQUERIDA):

FECHA:

Firma 5/13/25

Samuel Castillo

May 7-2025

USO INTERNA:

☒ Aprobada

☐ Negada

Por:

N.H

Fecha:

5-7-25