



低收入折扣資格表

使用此表格來確定以下SFMTA計劃的折扣收入資格：

- 啟動和拖車費
- 罰單付款計畫
- 社區服務計畫
- 聽訊押金免除
- 市政生命線公共交通通行證計

低收入折扣的申請人的家庭收入必須等於或低於以下限制：

家庭人口*	1	2	3	4	5	6	7	8
年收入	\$25,520	\$34,480	\$43,440	\$52,400	\$61,360	\$70,320	\$79,280	\$88,240

* 超過八人，每位家庭成員增加 \$8,960

客戶資訊 (請填寫)

名：_____ 姓：_____ 出生日期：_____

郵寄地址：_____ 公寓：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

車牌號 (如適用) _____ 電話號碼 _____

步驟1 附上政府發給的帶照片的身份證副本

第2步

選擇附加以下其中一項的副本：

- 加州醫療補助 (Medi-Cal) 或加州電子津貼轉帳 (EBT) 卡
 - SFMTA 生命線卡 (僅適用於停車或罰單有關的折扣)
 - 不接受臨時生命線卡
 - 如果您無家可歸，並且在過去的6個月中曾訪問過協調中心
 - SFMTA或自動返回將驗證
 - 婦女，嬰兒和兒童 (WIC) 補充營養計畫
- EDD的當前申請或收到的失業救濟信的證明，包括：
- 申請收據通知
 - 福利收據通知
 - 來自EDD的新帳戶確認電子郵件

選項2 -

下一頁中的完整授權表，以允許SFMTA或其牽引承包商AutoReturn驗證從舊金山公共服務部收到的符合收入要求的服務。

選項3 -

我保證符合上述年收入要求，但是我目前未參加任何列出的計劃。我了解SFMTA可能會隨時要求提供文件 (包括最近的納稅申報表的副本) 來核實收入，否則，如果不予答复，將導致該計劃被終止和/或施加行政處罰。請在下面簽名並註明日期。

簽名

日期



HSA 收入驗證資料庫：我允許 HSA 與 SFMTA 及其拖車承包商 AutoReturn

共用有限收入資訊，以幫助確定我是否有資格獲得費用免除。僅限因這些目的才會共用我的資訊。我瞭解，本資料庫只能根據我之前提供給 HSA 的資訊顯示我的姓名、我的地址以及我的家庭收入是否在聯邦貧困指南的某個百分比範圍內。

社會安全號碼最後 4 位數字：_____ 出生日期：_____

客戶簽名：_____ 日期：____/____/____

引導刪除費用退款請求

如果您已全額支付了啟動費，但收入較低，並且希望退還差額，請填寫此部分。您必須是被引導才能獲得折扣的車輛的註冊所有者。有關更多信息，請訪問 [www.sfmta.com](#)。

車牌號: _____ 開機移除日期: _____

SFMTA STAFF USE: Approval 1 _____ Approval 2: _____

Proof: HSADB Medi-Cal EBT EDD Lifeline HSH Letter. WIC Self Certicaiton EDD
Program: CSP PP Lifeline LI Boot LI Tow Waiver.

Updated 09/25/2020