



# Form ng Kwalipikadong Diskwento ng Mababang Kita

Gamitin ang form na ito upang maitaguyod ang pagiging karapat-dapat ng kita para sa mga diskwento para sa mga sumusunod na programa ng SFMTA:

- Plano sa Pagbabayad ng Tiket
- Programang Serbisyo sa Komunidad
- Waiver sa Deposito ng Paglilitis
- Programang Muni Lifeline Transit Pass

Ang aplikante para sa mga mababang diskwento ng kita ay dapat magkaroon ng kita sa sambahayan sa o sa ibaba ng mga sumusunod na mga limitasyon:

Laking Sambahayan*	1	2	3	4	5	6	7	8
Taunang Kita	\$25,520	\$34,480	\$43,440	\$52,400	\$61,360	\$70,320	\$79,280	\$88,240

\*Magdagdag ng \$8,960 para sa bawat miyembro ng sambahayan kung higit sa walo

## **Impormasyon ng Customer (Paki kumpleto)**

Unang Pangalan: \_\_\_\_\_ Apelyido: \_\_\_\_\_ Araw ng kapanganakan: \_\_\_\_\_

Address ng Koreo: \_\_\_\_\_ Apartment: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Plaka ng Sasakyan (kung naaangkop) \_\_\_\_\_ Numero ng Telepono \_\_\_\_\_

**Hakbang 1** - Maglakip ng isang kopya ng inilabas na photo ID ng gobyerno

**Hakbang 2** –

**Tion Pagpipilian 1** - Maglakip ng isang kopya ng isa sa mga sumusunod:

- Medi-Cal o California Electronic Benefit Transfer (EBT) card
- SFMTA Lifeline card (para sa mga diskwento sa parking o tiket lamang)
  - Hindi tinanggap ang pansamantalang Lifeline card
- Kung nakakaranas ka ng kawalan ng tirahan at bumisita sa isang Coordinate Entry Point sa nakaraang 6 na buwan
  - SFMTA o AutoReturn ay mapatunayan
- Women Infant & Children (WIC) Supplemental Nutrisyon Program
- Patunay ng kasalukuyang aplikasyon para sa, o pagtanggap ng liham na Mga Pakinabang ng Walang Trabaho mula sa EDD, kabilang ang:
  - Abiso ng resibo ng aplikasyon
  - Paunawa ng pagtanggap ng mga benepisyo
  - Email ng bagong account sa pagkumpirma mula sa EDD

**Tion Pagpipilian 2** - Kung tumatanggap ka ng mga benepisyo mula sa Human Services Agency (HSA) ng San Francisco, maaaring saliksikin ng kawani ng SFMTA ang pagiging kwalipikado mo sa pamamagitan ng huling apat na numero ng iyong SSN at Kaarawan (para sa karagdagang impormasyong, basahin ang likod ng form na ito)

**Tion Pagpipilian 3** - Pinapatunayan ko na natutugunan ko ang mga taunang mga kinakailangan sa kita sa itaas, gayunpaman, hindi ako kasalukuyang nakikilahok sa anumang mga nakalista sa mga programa. Naiintindihan ko na ang SFMTA ay maaaring humiling ng dokumentasyon, kasama na ang mga kopya ng mga kamakailang pagbabalik ng buwis, upang mapatunayan ang kita sa anumang oras at kabiguan na tumugon ay magresulta sa pagwawakas mula sa programa at / o ang aplikasyon ng mga parusang administratibo. Mangyaring mag-sign at petsa sa ibaba.

Lagda \_\_\_\_\_

Petsa \_\_\_\_\_



**Database ng Beripikasyon ng Kita ng HSA:** Pinahihintulutan ko ang HSA na magbahagi ng limitadong impormasyon sa kita sa SFMTA at ang towing contractor, AutoReturn, upang makatulong sa pagtukoy kung kwalipikado ako sa waiver sa bayad. Ang aking impormasyon ay ibabahagi lamang kung kinakailangan para sa mga layuning iyon. Naiintindihan ko na maaari lamang ipakita ng database na ito ang aking pangalan, address, at kung ang kita ng aking sambahayan ay napapaloob sa ilang porsyento ng federal poverty guidelines batay sa impormasyong dati ko nang ibinigay sa HSA.

Huling 4 na Numero ng Social Security: \_\_\_\_\_ Kaarawan: \_\_\_\_\_

Lagda: \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SFMTA STAFF USE: Approval 1 \_\_\_\_\_ Approval 2: \_\_\_\_\_

Proof:  HSADB  Medi-Cal  EBT  EDD  Lifeline  HSH Letter.  WIC  Self Certificaiton  EDD  
Program:  CSP  PP  Lifeline  Waiver

Updated 03/30/2021