



# Formulario de elegibilidad de descuento para bajos ingresos

Utilice este formulario para establecer la elegibilidad de ingresos para descuentos para los siguientes programas de SFMTA:

- Plan de pago de multas
- Exención del depósito para una audiencia
- Programa de servicio a la comunidad
- Programa del Pase Lifeline de Muni

Los solicitantes de descuentos por bajos ingresos deben tener un ingreso familiar igual o inferior a los siguientes límites:

Personas que viven en el hogar*	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingresos anuales	\$25,520	\$34,480	\$43,440	\$52,400	\$61,360	\$70,320	\$79,280	\$88,240

\*Agregue \$8,960 por cada miembro en el hogar después de 8

## **Información del cliente (complete)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apartamento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Placa del vehículo (si es necesario) \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Paso 1: Adjunte una copia de una identificación con foto emitida por el gobierno

Paso 2 -

- Opción 1 - adjunte una copia de uno de los siguientes:
  - Medi-Cal o tarjeta de Electronic Benefit Transfer (EBT) de California
  - Tarjeta del Pase Lifeline de SFMTA (solo para descuentos relacionados con el estacionamiento y multas)
    - Tarjeta temporal Lifeline no aceptada
  - Si no tiene hogar y ha visitado un punto de entrada coordinado en los últimos 6 meses
    - SFMTA o AutoReturn verificarán
  - Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
  - Prueba de la solicitud actual o recibo de la carta de beneficios de desempleo del EDD, que incluye:
    - Notificación de recibo de solicitud
    - Notificación de recibo de beneficios
    - Nuevo correo electrónico de confirmación de cuenta de EDD
- Opción 2 - Complete el formulario de autorización en la siguiente página para permitir que SFMTA, o su contratista de remolque AutoReturn, verifique el recibo del servicio elegible por ingresos del Departamento de Servicios Humanos de San Francisco.
- Opción 3- Certifico que cumplo con los requisitos de ingresos anuales anteriores, sin embargo, actualmente no estoy participando en ninguno de los programas enumerados. Entiendo que SFMTA puede solicitar documentación, copias de declaraciones de impuestos recientes, para verificar los ingresos en cualquier momento y la falta de respuesta resultará en la terminación del programa y / o la aplicación de sanciones administrativas. Por favor firma y fecha.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Base de datos de HSA para la verificación de ingresos:** doy permiso a HSA para que divulgue una parte de la información relacionada con mis ingresos a SFMTA y a su contratista de remolques, AutoReturn, para determinar si puedo recibir una exención de la tarifa. Solo se compartirá mi información para este propósito. Comprendo que esta base de datos solo puede mostrar mi nombre, dirección y si los ingresos de mi hogar se encuentran dentro de los porcentajes de las directrices de pobreza federal de acuerdo con la información que proporcioné a HSA en el pasado.

Últimos 4 números de su seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Approval 2: \_\_\_\_\_

 311 Free language assistance / 免費語言協助 / Ayuda gratis con el idioma / Бесплатная помощь переводчиков / Trợ giúp Thông dịch Miễn Phí / Assistance linguistique gratuite / 無料の言語支援 / Libreng tulong para sa wikang Filipino / 무료 언어 지원 / การช่วยเหลือทางด้านภาษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย / خط المساعدة المجاني على الرقم

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