



SOLICITUD DE PASE LIFELINE

El Lifeline Pass es un pase mensual solo para Muni para adultos (de 19 a 64 años) con ingresos limitados. El pase se ofrece con un descuento del 50% del precio mensual estándar del pase para adultos.

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	\$27,180	\$36,620	\$46,060	\$55,500	\$64,940	\$74,380	\$83,820	\$93,260

*Agregue \$9,440 por cada miembro en el hogar después de 8

Información del cliente (complete)

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de teléfono _____

☐ **Nuevo Aplicaciones: complete los pasos a continuación**

☐ **Reemplazo de tarjetas: proporcione solo información del cliente**

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
- Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

☐ Opción 2 - Complete el formulario de autorización en la siguiente página para permitir que SFMTA, o su contratista de remolque AutoReturn, verifique la recepción del servicio elegible por ingresos del Departamento de Servicios Humanos de San Francisco.

Firma

Fecha

Si se acepta su solicitud, su última citación de tránsito emitida dentro de los 30 días posteriores a la inscripción es elegible para la desestimación. Proporcione una citación o el número de identificación de la citación al presentar la solicitud.

NÚMERO DE CITA O IDENTIFICACIÓN



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: ____/____/____

Envíe por correo su solicitud completa y los documentos de respaldo a:
SFMTA-Lifeline

11 South Van Ness Avenue
 San Francisco, CA 94103

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 ☐ Lifeline ☐ HSH Letter. ☐ WIC
 Program: ☐ CSP ☐ PP ☐ Lifeline ☐ LI Boot ☐ LI Tow ☐ Waiver

Updated 3/8/2022