



# 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
- Programa de servicio a la comunidad
- Exención del depósito para una audiencia
- Programa del Pase Lifeline de Muni
- Multa por exceso de velocidad

PARA DESCUENTOS EN REMOLQUE, VISITE EL CENTRO DE SERVICIO AL CLIENTE DE SFMTA EN 11 SOUTH VAN NESS AVENUE

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
Ingresos anuales	\$31,300	\$42,300	\$53,300	\$64,300	\$75,300	\$86,300

\*Agregue \$11,000 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)

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 - Si no recibe ningún beneficio público, consulte el reverso de esta página para obtener instrucciones.

Paso 2 -

Vehículos remolcados: Lleve el formulario completo a la ciudad y el condado de San Francisco Incautación, 450 7th Street (AutoReturn)

Plan de Pago, Servicio Comunitario, Pase Lifeline, Exención de Depósito de Audiencia y Arrancado: Lleve el formulario completo al Centro de Servicio al Cliente de SFMTA, 11 South Van Ness Avenue, de lunes a viernes de 8:00 a 5:00.

Para vehículos remolcados fuera del horario comercial, lleve este formulario a Incautación (AutoReturn)

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

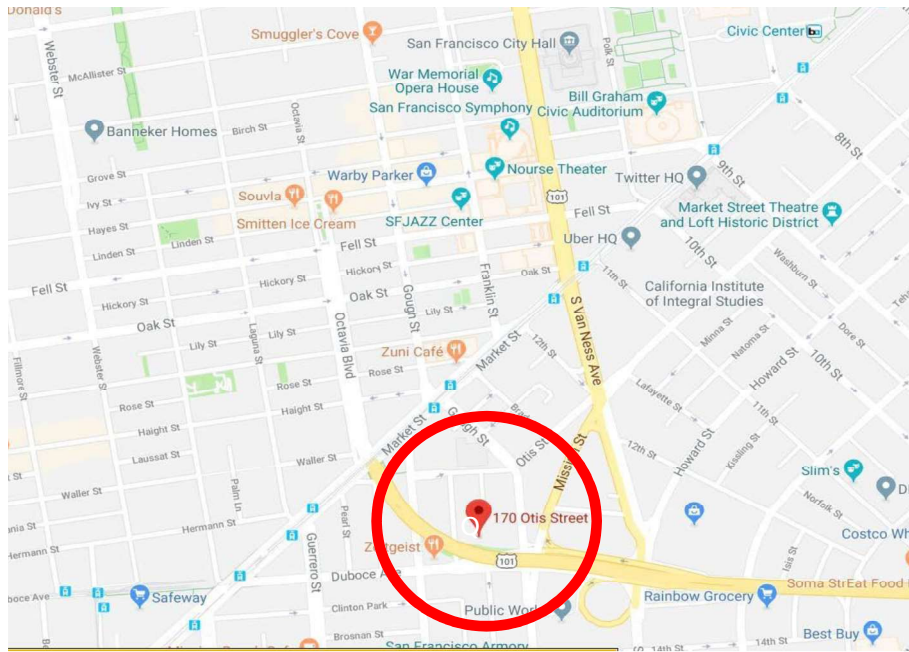
**Base de datos de HSA para la verificación de ingresos:** doy permiso a HSA para que divulgue una parte de la información relacionada con mis ingresos a SFMTA y a su contratista de remolques, AutoReturn, para determinar si puedo recibir una exención de la tarifa. Solo se compartirá mi información para 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Dirección de la Agencia de Servicios Humanos (Human Services Agency, HSA) – 170 Otis Street**

**Si visita HSA deberá entregar copias impresas de la declaración de impuestos y de todos los documentos adjuntos que se indican más arriba.**



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 / Librang tulong para sa wikang Filipino / 무료 언어 지원 / การช่วยเหลือทางด้านภาษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย / خط المساعدة المجاني على الرقم

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



## Formulario de elegibilidad para descuento por bajos ingresos

Si está solicitando un descuento o beneficio de SFMTA y actualmente no tiene uno de los comprobantes de ingresos aprobados o no está recibiendo ningún beneficio público, lea atentamente las instrucciones a continuación:

Siga los siguientes pasos para recibir el descuento/beneficio:

1. Recopile sus documentos fiscales del año más reciente una. Esto incluye los formularios 1040 y W-2 o los formularios 1099/Schedule C

2. Lleve estos formularios a la Oficina de la Agencia de Servicios Humanos (HSA) en 170 Otis Street, San Francisco, CA 94103 (en la intersección de Mission Street y Duboce Avenue)

El personal de la HSA no podrá ayudarlo a menos que traiga sus documentos fiscales.

El personal de la HSA verificará su elegibilidad de ingresos y le informará sobre otros beneficios para los que podría calificar. Esto podría incluir beneficios de EBT (alimentos o efectivo) o Medi-Cal (médicos). Solicite al personal de la HSA más información sobre cómo recibir estos beneficios.

Si no tiene ningún comprobante de ingresos porque es estudiante o está desempleado, el personal de HSA no podrá ayudarlo.

En su lugar, puede solicitar CalFresh o Medi-Cal en estos lugares a continuación si es residente del condado de San Francisco. Si vive fuera del condado de San Francisco, acuda a su agencia local de servicios humanos para obtener ayuda.

- CalFresh – Asistencia General, 1235 Mission Street, entre 8th y 9th Street (Tome el Autobús No. 14 en dirección Ferry); Número de teléfono – 558-2227
- Oficina de Medi-Cal: 1440 Harrison St, entre 10th y 11th Street (tome el autobús n.º 9 en 11th y Market Street)

Tenga en cuenta que los siguientes documentos no se aceptan como prueba de ingresos:

- Extracto bancario o información de cuenta bancaria
- W2 sin formularios 1040
- Tarjeta de beneficios para veteranos
- Declaraciones de impuestos que no son recientes

o por ej. si está solicitando un descuento en el año 2022, necesitamos declaraciones de impuestos de 2021

- Seguro Estatal de Invalidez (SDI)
- Documentos de la Administración del Seguro Social y beneficios relacionados, incluidos el Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI) y la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

Firme a continuación para reconocer que ha leído las instrucciones anteriores.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha