



Formulario de Elegibilidad por Bajos Ingresos

Tarifas de vehículos remolcados y con botas



Límites en los ingresos (basados en el año pasado):

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

Elegibilidad automática – Presente uno de los siguientes documentos junto con un documento de identidad con foto emitido por el gobierno cuando pague o se inscriba:

- 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)
- Carta que confirme su participación en el proceso de Acceso Coordinado del Departamento de Vivienda de Apoyo Para Personas sin Hogar de San Francisco (Department of Homelessness and Supportive Housing, HSH)
- Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
- Si usted recibe beneficios de la Agencia de Servicios Humanos de San Francisco (Human Services Agency, HSA), el personal de SFMTA puede utilizar los últimos cuatro números de su seguro social y su fecha de nacimiento para saber si usted reúne los requisitos (más información al dorso)

Los clientes que no estén inscritos en los programas descritos más arriba

- **Paso 1** – Lleve este formulario, la identificación emitida por el gobierno y los impuestos del año anterior (complete con la firma y todos los anexos, incluidos los formularios W2 o 1099 originales) a la Agencia de Servicios Humanos de San Francisco (HSA) en 170 Otis Street.
- **Paso 2**
 - Remolcado - Lleve el formulario completo a la Ciudad y Condado de San Francisco Incautación, 450 7th Street (AutoReturn)
 - Arrancado: Lleve el formulario completo al Centro de servicio al cliente de SFMTA, 11 South Van Ness Avenue, de lunes a viernes de 8: 00-5: 00. Fuera del horario comercial normal, lleve este formulario a Impound (AutoReturn)

Confirmación del cliente

Comprendo que para recibir una verificación de mis ingresos en HSA, tengo que presentar copias impresas de la declaración de impuestos y todos los documentos adjuntos que se indican más arriba. INICIALES _____

Información del cliente (complete)

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Placa del vehículo (si es necesario) _____ Número de teléfono _____

FOR STAFF USE - Government-issued identification verified (select one):

- San Francisco City ID card
- Matricula Consular ID card
- State-issued driver's license/identification
- Passport

Eligibility verified by: _____

Agent's name: _____ Initials: _____ Date: _____

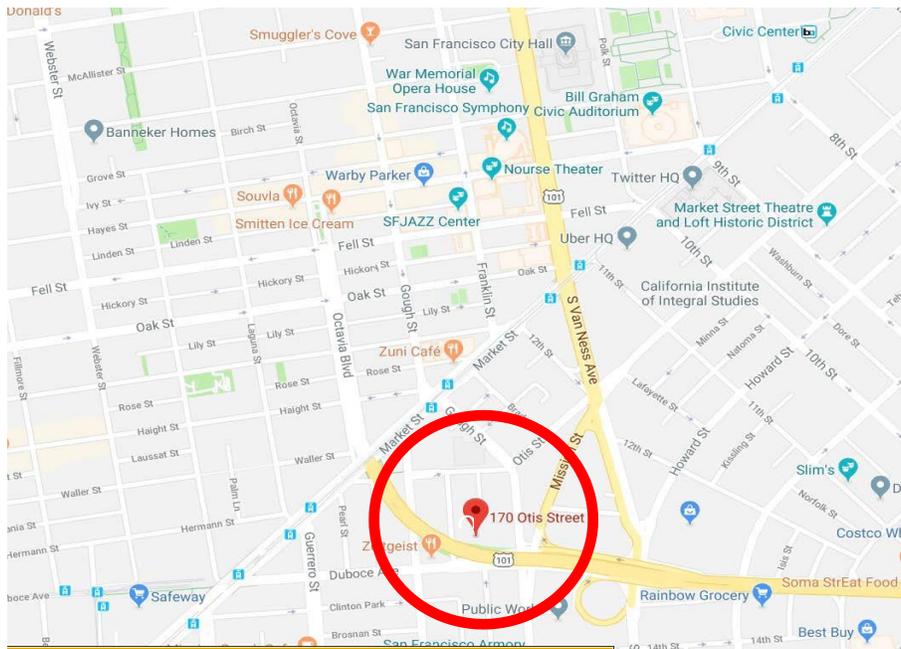
Base de datos de HSA para la verificación de ingresos: doy permiso a HSA para que divulgue una parte de la información relacionada con mis ingresos a SFMTA y a su contratista de remolques, AutoReturn, para determinar si puedo recibir una exención de la tarifa. Solo se compartirá mi información para este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



SOLICITUD DE REEMBOLSO DE LA TARIFA POR ELIMINACIÓN DE BOTAS Complete esta sección si pagó la tarifa de Bota en su totalidad, pero tiene bajos ingresos y desea un reembolso por la diferencia. Debe ser el propietario registrado del

vehículo que se arrancó para recibir el descuento. Más información disponible en línea en www.sfmta.com/booted.

Número de placa de matrícula: _____ Fecha de extracción del maletero: _____

SFMTA STAFF USE: Approval 1 _____ Approval 2: _____

Proof: HSA 170 HSA DB Medi-Cal EBT Lifeline HSH Letter WIC Taxes
 Program: LI Boot LI Tow