

Aplicación para el programa *Low-Income Fare Is Easy (LIFE)* Válida el 1 de julio 2020 hasta el 30 de junio de 2021

Número de aplicación

1. Información de Cabeza de Familia

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Dirección	Número de apartamento	
Ciudad, Estado, Código Postal	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	
Correo electrónico	Número de teléfono	
Escuela (kinder - universidad, si corresponde)		

____ Género: Hombre Mujer Otro: _____
Número de tarjeta TAP

Para ser completado solamente por un agente de distribución.

Clase de pase: Regular Persona mayor/Persona con discapacidad Estudiante K-12 Colegio/Vocacional
Identificación: Identificación estatal/Licencia de manejo Pasaporte Identificación de estudiante Residente

2. Para cada solicitante de su hogar, complete una sección a continuación. Agregue hojas de papel adicionales si es necesario.

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
Escuela (kinder - universidad, si corresponde)			

____ Género: Hombre Mujer Otro: _____
Número de tarjeta TAP

Para ser completado solamente por un agente de distribución.

Clase de pase: Regular Persona mayor/Persona con discapacidad Estudiante K-12 Colegio/Vocacional
Identificación: Identificación estatal/Licencia de manejo Pasaporte Identificación de estudiante Residente

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
Escuela (kinder - universidad, si corresponde)			

____ Género: Hombre Mujer Otro: _____
Número de tarjeta TAP

Para ser completado solamente por un agente de distribución.

Clase de pase: Regular Persona mayor/Persona con discapacidad Estudiante K-12 Colegio/Vocacional
Identificación: Identificación estatal/Licencia de manejo Pasaporte Identificación de estudiante Residente

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
----------	---------------	----------------	-------------------------------------

Escuela (kinder - universidad, si corresponde)

Género: Hombre Mujer Otro: _____
 Número de tarjeta TAP

Para ser completado solamente por un agente de distribución.

Clase de pase: Regular Persona mayor/Persona con discapacidades Estudiante K-12 Colegio/Vocacional
 Identificación: Identificación estatal/Licencia de manejo Pasaporte Identificación de estudiante Residente

3. Elegibilidad para el programa

Subsidios de LIFE son disponibles para residentes del condado de Los Angeles quienes tienen un ingreso del hogar por debajo de las guías de pobreza federales de HUD del condado de Los Angeles. Por favor seleccione su ingreso anual de hogar.

Personas en el hogar – Ingreso anual

1 – \$39,450 o menos 2 – \$45,050 3 – \$50,700 4 – \$56,300 5 – \$60,850 6 – \$65,350

Como Cabeza de Familia participando en el programa de *Low-Income Fare is Easy* (LIFE), yo afirmo que por lo menos tengo los 18 años de edad y que la información provista en esta aplicación, incluyendo el ingreso anual, es cierta y acertada. Yo entiendo que el programa LIFE reserva el derecho de verificar el ingreso de mi hogar, y que yo notificaré al programa LIFE si ya no califico para los subsidios de LIFE.

Reconozco que ni yo, ni ningún miembro de mi familia estamos participando en el programa LIFE con un nombre o apellido diferente. También entiendo que yo, o cualquiera de los miembros de mi familia, no podemos ser parte de ningún otro programa que subsidie pases, incluidos, entre otros, Access Paratransit, City Ride y/u otros programas de subsidios de transporte. Entiendo que mi nombre, apellido, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico, fecha de nacimiento, genero, grupo de ingresos y número de miembros del hogar se almacenarán de forma segura en la base de datos de LIFE y solo las agencias LIFE participantes podrán acceder a ellos.

Al no cumplir con los términos y condiciones anteriores, yo/cualquier miembro del hogar será descalificado de participar en el programa LIFE.

Al marcar esta casilla, acepto recibir comunicación sobre los productos o servicios de Metro.

Firma del solicitante	Fecha
-----------------------	-------

Para ser completado solamente por un agente de distribución.

Comprobante válido de los ingresos revisado:

Talón de cheque Medi-Cal Transferencia electrónica de beneficios
 Asignación del Seguro Social Declaración de impuestos Comidas escolares gratis o a precio reducido Otro

Yo verifico que la identidad del solicitante y que el Ingreso anual del hogar, *Annual Household Income* (AHI), registrado anteriormente es cierto y correcto. Yo afirmo que revise y aprobé la documentación prevista por el solicitante que soporta la información y el AHI registrado anteriormente.

Nombre de agente	Firma	Fecha
------------------	-------	-------

