

# Aplicación para el programa Low Income Fare is Easy (LIFE)

El programa LIFE ofrece descuentos a los residentes elegibles del condado de Los Angeles.

## Para completar esta aplicación, por favor tenga lo siguiente:

- > Identificación con foto
- > Tiene la opción de autocertificarse o proporcionar comprobante de ingresos, como:
  - Medi-Cal, EBT, cualquier prueba de beneficio público, asignación del Seguro Social, talón de cheque o declaración de impuestos
  - O
  - Complete la **Autocertificación** en la Sección 3

## 1. Información de Jefe de Familia

|                               |   |  |   |
|-------------------------------|---|--|---|
| Apellido                      | Primer nombre   | Nombre preferido (opcional)  | Segundo nombre o inicial  |
| Dirección                     |   | Número de apartamento  |   |
| Ciudad, Estado, Código Postal |   | Fecha de nacimiento<br>(mm/dd/aaaa)  |   |
| Correo electrónico            |   | Número de teléfono   |   |
| Número de tarjeta TAP         |   | <input type="checkbox"/> Si no tiene una tarjeta de TAP, marque aquí para solicitar una. |   |
| Género:                       | <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro: _____ | Etnia:   | <input type="checkbox"/> Asiático/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano<br><input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Nativo Americano<br><input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| Idioma preferido:             |   |  |   |

## 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 o inicial | Nombre preferido (opcional) |
| Número de tarjeta TAP            | <input type="checkbox"/> Si no tiene una tarjeta de TAP, marque aquí para solicitar una.                    |                          |                             |
| Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro: _____ |                          |                             |
| Apellido                         | Primer nombre   | Segundo nombre o inicial | Nombre preferido (opcional) |
| Número de tarjeta TAP            | <input type="checkbox"/> Si no tiene una tarjeta de TAP, marque aquí para solicitar una.                    |                          |                             |
| Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro: _____ |                          |                             |

### 3. Elegibilidad para el programa

Los descuentos del programa LIFE están disponibles para los residentes del condado de Los Angeles que tienen un ingreso familiar por debajo de las guías de pobreza federales de HUD del condado de Los Angeles. Las cifras a continuación son válidas desde el 1 de julio de 2024 hasta el 30 de junio de 2025. Seleccione su ingreso familiar anual.

#### Personas en el hogar – Ingreso anual máximo

1 – \$48,550       2 – \$55,450       3 – \$62,400       4 – \$69,350       5 – \$74,900       6 – \$80,450

#### Autocertificación (seleccione si no tiene disponible su prueba de ingresos)

Al marcar aquí, confirmo que la información de ingresos que seleccioné anteriormente es correcta. Entiendo que en el futuro, se me puede pedir que proporcione comprobantes de ingresos. Acepto que si no proporciono prueba de ingresos, mis beneficios del programa LIFE se pueden terminar.

Como Jefe 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 descuentos de LIFE.

Reconozco que ni yo, ni ningún miembro de mi familia estamos participando en el programa LIFE con un nombre diferente. También entiendo que yo, o cualquiera de los miembros de mi familia, no podemos ser parte de ningún otro programa que descuenta pasajes, incluidos, entre otros, Access Paratransit, City Ride y/u otros programas de descuentos de transporte. Entiendo que mi nombre, apellido, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico, fecha de nacimiento, género, 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.

##### Jefe de familia

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

##### Solicitante 1

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

##### Solicitante 2

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

#### Comprobante válido de los ingresos revisado:

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

Yo verifico qué la identidad del solicitante y qué 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

Envíe las solicitudes completas en los Centros de atención al cliente de Metro o IILA.

##### Residentes de Gateway Cities o San Gabriel Valley:

Oficina Regional Sureste del IILA  
9060 Telstar Av, Suite 223  
El Monte, CA 91731  
Teléfono: 818.244.2550  
Correo electrónico: [lifeforinfo@ilosangeles.org](mailto:lifeforinfo@ilosangeles.org)  
En línea: [ilosangeles.org](http://ilosangeles.org)

##### Residentes de Antelope Valley, Central Los Angeles,

##### San Fernando Valley, Santa Clarita Valley, South Bay o Westside Cities:

Oficina Regional Suroeste de IILA  
3870 Crenshaw Blvd, Suite 229/230  
Los Angeles, CA 90008  
Teléfono: 323.870.8567  
Correo electrónico: [lifeforinfo@ilosangeles.org](mailto:lifeforinfo@ilosangeles.org)  
En línea: [ilosangeles.org](http://ilosangeles.org)