

Заявление на участие в программе «Тариф для малообеспеченных это просто» (Low Income Fare is Easy, LIFE)

Программа LIFE помогает жителям округа LA, соответствующим требованиям к уровню доходов, сэкономить на оплате проезда.

Номер заявления

Для подачи заявления нужно иметь при себе следующее:

- > удостоверение личности с фотографией;
- > вы можете самостоятельно подтвердить доход или предоставить доказательства дохода, например,
 - Medi-Cal, карту электронного перевода пособий (Electronic Benefits Transfer, EBT), решение о выплате пособия социального обеспечения, чековую квитанцию или налоговую декларацию;
 - или
 - заполнить самостоятельное подтверждение в разделе 3 заявления.

1. Информация о главе семьи

Фамилия	Имя	Предпочитаемое имя (при наличии)	Отчество, второе имя или инициал
Адрес		№ квартиры	
Город, штат, почтовый индекс		Дата рождения (дд/мм/гггг)	
Адрес электронной почты		Номер телефона	
Номер карты TAP		<input type="checkbox"/> Если у вас нет бесконтактной смарт-карты (Transit Access Pass, TAP), отметьте этот пункт, чтобы подать заявку на ее получение.	
Пол: <input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Другой вариант _____		Этническая принадлежность:	
Предпочитаемый язык общения: _____		<input type="checkbox"/> Азиат или уроженец островов Тихого Океана <input type="checkbox"/> Афроамериканец <input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Коренной житель Америки <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Предпочитаю не отвечать	

2. Информация о других членах семьи.

Заполните раздел ниже для каждого члена вашей семьи, который подает заявку на участие в программе. При необходимости используйте дополнительные листы бумаги.

Фамилия	Имя	Предпочитаемое имя (при наличии)	Отчество, второе имя или инициал
Номер карты TAP		<input type="checkbox"/> Если у вас нет бесконтактной смарт-карты (Transit Access Pass, TAP), отметьте этот пункт, чтобы подать заявку на ее получение.	
Дата рождения (дд/мм/гггг)		Пол: <input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Другой вариант _____	

Фамилия	Имя	Предпочитаемое имя (при наличии)	Отчество, второе имя или инициал
Номер карты TAP		<input type="checkbox"/> Если у вас нет бесконтактной смарт-карты (Transit Access Pass, TAP), отметьте этот пункт, чтобы подать заявку на ее получение.	
Дата рождения (дд/мм/гггг)		Пол: <input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Другой вариант _____	

3. Право на участие в программе

Льготный тариф LIFE доступен всем жителям округа LA, чей уровень семейного дохода ниже прожиточного минимума для округа LA, установленного Федеральным Министерством жилищного строительства и городского развития (Housing and Urban Development, HUD). Приведенные данные действительны с 1 июля 2024 г. по 30 июня 2025 г. Укажите годовой доход вашей семьи.

Количество членов семьи — максимальный годовой доход

- ☐ 1 – \$ 48 550 долл. США
- ☐ 2 – \$ 55 450 долл. США
- ☐ 3 – \$ 62 400 долл. США
- ☐ 4 – \$ 69 350 долл. США
- ☐ 5 – \$ 74 900 долл. США
- ☐ 6 – \$ 80 450 долл. США

Самостоятельное подтверждение (отметьте этот пункт, если подтверждение дохода отсутствует)

- ☐ Отмечая этот пункт, я подтверждаю, что верно указал (-а) уровень дохода выше. Я понимаю, что в будущем меня могут попросить предоставить подтверждающие документы. Я согласен (-на) с тем, что если я не предоставлю документ, подтверждающий доход, я могу утратить право на получение льгот, предусмотренных программой LIFE.

Как глава семьи, принимающий участие в программе «Тариф для малообеспеченных — это просто» (Low Income Fare is Easy, LIFE), я подтверждаю, что мне исполнилось 18 лет и что информация обо мне и моей семье, указанная в этом заявлении, включая данные о годовом доходе семьи, верная. Я понимаю, что программа LIFE оставляет за собой право проверить доход моей семьи, и обязуюсь уведомить сотрудников программы, если я или любой другой член моей семьи утратит право на скидку.

Я подтверждаю, что ни я, ни кто-либо другой из членов моей семьи не участвует в программе LIFE под другим именем. Я также понимаю, что ни я, ни кто-либо другой из членов моей семьи не может участвовать в какой-либо другой программе, предоставляющей льготные проездные билеты, включая, помимо прочего, Access Paratransit, City Ride и (или) другие программы льготного проезда. Я понимаю, что мои данные (имя, фамилия, адрес, номер телефона, адрес электронной почты, дата рождения, пол, уровень дохода и количество членов семьи) будут надежно храниться в базе данных LIFE. Доступ к ним смогут получить только агентства, задействованные в программе LIFE.

В случае несоблюдения вышеперечисленных условий я или любой другой член моей семьи будем отстранены от участия в программе LIFE.

- ☐ Отмечая этот пункт, я соглашаюсь получать сообщения о продуктах или услугах Metro.

Подпись заявителя

Дата

Заполняется только сотрудником, выдавшим заявление.

Глава семьи

Тип проездного билета: ☐ Обычный ☐ Для пожилых/инвалидов ☐ Для школьников ☐ Для студентов колледжей / профессиональных училищ

Удостоверение личности: ☐ Удостоверение личности с фотографией ☐ Паспорт ☐ Студенческий билет ☐ Удостоверение резидента

Заявитель 1

Тип проездного билета: ☐ Обычный ☐ Для пожилых/инвалидов ☐ Для школьников ☐ Для студентов колледжей / профессиональных училищ

Удостоверение личности: ☐ Удостоверение личности с фотографией ☐ Паспорт ☐ Студенческий билет ☐ Удостоверение резидента

Заявитель 2

Тип проездного билета: ☐ Обычный ☐ Для пожилых/инвалидов ☐ Для школьников ☐ Для студентов колледжей / профессиональных училищ

Удостоверение личности: ☐ Удостоверение личности с фотографией ☐ Паспорт ☐ Студенческий билет ☐ Удостоверение резидента

Предоставленный действительный документ, подтверждающий доходы:

☐ Чековая квитанция ☐ Medi-Cal ☐ Карта электронного перевода пособий (EBT)

☐ Решение о назначении пособия социального обеспечения ☐ Налоговая декларация ☐ Документ о праве на бесплатные или льготные обеды ☐ Другой вариант

Я подтверждаю, что указанная выше информация о личности заявителя и годовом доходе семьи (Annual Household Income, AHI) верная. Я также подтверждаю, что лично рассмотрел (-а) и утвердил (-а) предоставленную заявителем документацию, которая подтверждает указанные выше данные о заявителе и AHI.

Имя агента

Подпись

Дата

Отправьте заполненные заявления в центры обслуживания клиентов Metro или Международный институт Los Angeles (International Institute of Los Angeles, IILA).

Для жителей регионов Gateway Cities и San Gabriel Valley:
IILA Southeast Regional Office
9060 Telstar Av, Suite 223
El Monte, CA 91731
Телефон: 818.244.2550
Адрес электронной почты: lifefinfo@iilosangeles.org
Веб-сайт: iilosangeles.org

Для жителей регионов Antelope Valley, Central Los Angeles, San Fernando Valley, Santa Clarita Valley, South Bay или Westside Cities:
IILA Southwest Regional Office
3870 Crenshaw Bl, Suite 229/230
Los Angeles, CA 90008
Телефон: 323.870.8567
Адрес электронной почты: lifefinfo@iilosangeles.org
Веб-сайт: iilosangeles.org