



Formulario de Solicitud de Tarifa de Servicios para-Personas Mayores de Bajos Ingresos y Personas con Discapacidad de Bajos Ingresos

(Autorizado por las Resoluciones número 2823, 2824 y 2825 de la Ciudad de Selah)

Un "**Adulto Mayor de Bajos Ingresos**" es una persona que **ocupa** una unidad de vivienda y tiene sesenta y dos (62) años de edad (o más), y cuyos ingresos, combinados con los ingresos de otros ocupantes del hogar, si los hay, durante el año calendario anterior fueron inferiores a:

<u>Tamano del Hogar</u>	<u>Ingreso Anual del Hogar</u>
1	\$30,000
2	\$39,000
3	\$48,000
4	\$57,000

Una "**persona discapacitada de bajos ingresos**" es una persona que **ocupa** una unidad de vivienda y califica para privilegios especiales de estacionamiento según RCW 46.16.381 (1) (a) a (f) o una persona ciega como se define en RCW 74.18.020 (4) o una discapacidad del desarrollo como se define en RCW 71A. 1 0.02 (2) o una persona con enfermedad mental como se define en RCW 71.05.02 (1) y cuyos ingresos, combinado con otros ocupantes del hogar, si los hubiera, para el año calendario anterior fue inferior a:

<u>Tamano del Hogar</u>	<u>Ingreso Anual del Hogar</u>
1	\$30,000
2	\$39,000
3	\$48,000
4	\$57,000

Se debe proporcionar prueba de dichos ingresos con su solicitud.

NOTA: La información contenida en esta solicitud se considera confidencial.

* Se requiere la presentación anual de este formulario a más tardar el 31 de marzo.

Formulario de solicitud de tarifa de servicios públicos para personas mayores de bajos ingresos y personas discapacitadas de bajos ingresos

PERSONAS MAYORES DE BAJOS INGRESOS

DESCUENTO PARA PERSONAS DISCAPACITADAS DE BAJOS INGRESOS

Número de Cuenta de Servicios Públicos _____

Nombre del Solicitante _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____

Número de Ocupantes en el Hogar _____

**ESTADO DE RESULTADOS
(Comprobante de Ingresos Requerido con la Solicitud)**

	<u>Solicitante</u>	<u>Otro Hogar Ocupantes</u>
Beneficios del Seguro Social	\$ _____	\$ _____
Beneficio de pensión/jubilación	\$ _____	\$ _____
Beneficio por discapacidad	\$ _____	\$ _____
Otros ingresos	\$ _____	\$ _____
INGRESOS TOTALES	\$ _____	

Por la presente certifico bajo pena de perjurio que la Declaración de Ingresos anterior es verdadera y correcta. Además, acepto cooperar con cualquier esfuerzo del Director de Finanzas de la Ciudad para verificar cualquiera de las declaraciones anteriores, si es necesario.

(Firma del solicitante)

(Fecha)

FOR CITY USE ONLY

Application: _____ Approved _____ Denied _____

Feedback: _____

Chief Financial Officer _____

Signature

Date