



## 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 Annual 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 Annual 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 O**

☐ **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>	Otro Hogar <u>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*