



PROGRAMA DE LA AGENCIA SIN FINES DE LUCRO DE TARIFAS REDUCIDAS DE RTD

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DEL CLIENTE

Declaración de Certificación del Cliente:

Certifico que cumpla con las Pautas de Elegibilidad de Ingresos Brutos Mensuales del Hogar del programa de Tarifas Reducidas de la Agencia sin Fines de Lucro de RTD, que se enumeran a continuación. Entiendo que si mi ingreso bruto mensual del hogar supera la cantidad señalada en la lista de abajo, no soy elegible para recibir ningún producto de tarifas de RTD, que haya sido adquirido por el Programa de Tarifas Reducidas de RTD de esta agencia.

Entiendo que puedo perder permanentemente mi elegibilidad por incumplir con estos requisitos.

Nombre (Favor de escribir en letra de imprenta)

Firma

Fecha:

Pautas de Elegibilidad de Ingresos Brutos Mensuales del Hogar: (Aplicable a Todos los Clientes de Agencias del Programa de Tarifas Reducidas)

(En vigor desde el 1° de julio de 2016 al 30 de junio de 2017)

<i>Nº. de personas en la familia o tamaño del hogar</i>	<i>Ingresos brutos mensuales del hogar</i>
<i>1</i>	<i>\$1,860</i>
<i>2</i>	<i>\$2,504</i>
<i>3</i>	<i>\$3,149</i>
<i>4</i>	<i>\$3,793</i>
<i>5</i>	<i>\$4,437</i>
<i>6</i>	<i>\$5,082</i>
<i>7</i>	<i>\$5,726</i>
<i>8</i>	<i>\$6,371</i>
<i>Cada miembro adicional agregado</i>	<i>+642</i>