



Clean Air@Home
SOUTH SAN FRANCISCO

CIUDAD DE SOUTH SAN FRANCISCO

PURIFICADOR DE AIRE - GRATIS

Cantidades limitadas. Se le sirve en orden de llegada.

Para calificar, debe:

- Falta de acceso a un purificador de aire
- Estar en un hogar de bajos ingresos. Vea el cuadro a continuación.

Personas en el hogar

1	2	3	4	5	6	7	8
\$63,950	\$73,100	\$82,250	\$91,350	\$98,700	\$106,000	\$113,300	\$120,600

Hay cuatro formas de postularse a este programa:

CORREO

Aire Limpio @ Casa
South San Francisco City Hall
400 Grand Avenue
South San Francisco, CA 94080

DROPBOX

Caja Roja en frente de City Hall
400 Grand Avenue
Sur de San Francisco, CA 94080

EMAIL

solicitud completa a
cleanair@ssf.net

SITIO WEB

Aprenda más sobre este
programa y aplica en
www.ssf.net/cleanair

¡APLICA YA! LAS CANTIDADES SON LIMITADAS.



1. ***Nombre del solicitante**
2. ***Dirección del solicitante**
3. ***Número de teléfono**
4. **Dirección de correo electrónico**
5. ***Encierre en un círculo debajo del número de las personas de su hogar, incluyendo usted mismo:**

1	2	3	4	5	6	7	8
\$63,950	\$73,100	\$82,250	\$91,350	\$98,700	\$106,000	\$113,300	\$120,600

6. ¿Fue el ingreso total de su hogar durante los últimos 12 meses mayor o menor que la cantidad debajo del número que marcó con un círculo? Los montos en dólares representan el ingreso familiar anual.

Por favor circule uno: **MÁS ALTO o MÁS BAJO**

7. ***Adjunte una foto / escaneo de la identificación con foto del solicitante con una dirección SSF.** Si una identificación con foto NO enumere la dirección actual, por favor ADEMÁS proporcione una factura de servicios públicos con la dirección actual.
8. ***Proporcionar verificación de ingresos para TODOS los adultos (mayores de 18 años) en el hogar.** La verificación de ingresos elegible puede ser cualquiera de los siguientes: una carta de beneficios de un programa de asistencia pública (almuerzo escolar reducido, CalFresh, Medi-Cal, vivienda de la sección 8, etc.), una carta de desempleo, dos talones de pago más recientes, dos recibos bancarios más recientes estados de cuenta, 2020 o 2019 W2, 2020 o 2019 Impuestos.
9. *** ¿Su hogar ha sido afectado por COVID-19?** Sí ____ No ____
10. **Describe el impacto de la pandemia COVID-19 en su hogar.**
11. ***¿Tiene usted o algún miembro de su hogar uno o más problemas médicos subyacentes que hacen que su hogar sea de alto riesgo si alguien contrae COVID-19?** Sí ____ No ____