



低收入折扣資格表

超速罰單

(自動測速執法)

請使用本表格確認以下折扣的收入資格：

超速罰單
(自動測速照相計畫)

超速罰單聽證會押金豁免

針對領取公共福利援助的申請人，Oakland 市可將超速罰單罰款減免 80%。若申請人未領取公共福利援助，但其收入在下表所列上限內，超速罰單罰款可減免 50%。

| 家庭人口數* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|--------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|
| 年收入 | \$39,125 | \$52,875 | \$66,625 | \$80,375 | \$94,125 | \$107,875 | \$121,625 | \$135,375 |

*本表顯示2025年家庭人口數8人以內、家庭收入在聯邦貧窮線250%以內的標準。
每增加1名家庭成員，請加上\$13,750。

資料來源：美國衛生與公共服務部，規劃與評估助理部長辦公室。

申請人資訊：

姓名：_____ 出生日期：_____

通訊地址：_____ 城市、州、郵遞區號：_____

電話號碼：_____ 電子郵件：_____

車輛與罰單資訊：

車牌核發州：_____ 車牌號碼：_____

超速罰單編號：_____

步驟 1 – 附上政府核發附照片身分證件影本

步驟 2 – 選擇以下驗證方式：

選項 1 – 公共福利援助（費用減免 80%）– 附上以下其中一種文件影本：

- 白卡 (Medi-Cal) 或加州電子福利轉帳 (Electronic Benefit Transfer, EBT) 卡。
- 婦女及嬰幼兒 (Women, Infants, & Children, WIC) 營養補充計畫
- 補充保障收入 (Supplemental Security Income, SSI) 與州補充福利金 (State Supplementary Payment, SSP)
- 《加州工作機會及對兒童責任法案》 (California Work Opportunity and Responsibility to Kids, CalWORKs)
- 補充營養援助計畫
- 縣救濟金、一般救濟金 (General Relief, GR) 或一般援助金 (General Assistance, GA)
- 盲人、長者及殘障合法移民現金援助計畫 (Cash Assistance Program for Aged, Blind, and Disabled Legal Immigrants, CAPI)
- 居家援助服務 (In-Home Supportive Services, IHSS)
- 加州特別營養補充計畫
- 失業救濟金

**選項 2 – 低收入折扣（費用減免 50%）若您未領取公共福利，但符合上述收入上限：
請參閱第 3 頁進一步指示。**

目前未領取 公共福利者的申辦指示

若您欲申請Oakland市折扣或福利，且目前沒有認可的收入證明，或未領取任何公共福利，請仔細閱讀以下指示：

請採取以下步驟以獲得折扣/福利：

1. 收集您最近一年的報稅文件
包含1040表與W-2表，或1099表/附表C
2. 請將這些表格攜至停車與移動協助中心，地址：270 Frank H. Ogawa Plaza Oakland。

若您因具備學生或失業身分而無法提供任何收入證明：如果您是Oakland市居民，您可以改至以下地點申請CalFresh或Medi-Cal。如果您住在Oakland市以外地區，請前往您當地的社福機構尋求協助。

- a. CalFresh - 一般援助，地址：[2000 San Pablo Ave, Oakland, CA 94612](https://www.oaklandca.gov/2000-San-Pablo-Ave-Oakland-CA-94612)
電話號碼 - [\(510\) 272-4435](tel:(510)272-4435)
- b. Medi-Cal辦公室：[6955 Foothill Boulevard Oakland, CA 94605](https://www.oaklandca.gov/6955-Foothill-Boulevard-Oakland-CA-94605)
電話：[\(510\) 635-2966](tel:(510)635-2966)

請注意，恕不接受以下文件作為收入證明：

- 銀行對帳單或銀行帳戶資訊
- 沒有1040表的W-2表
- 退伍軍人福利卡
- 非近期報稅表。若您在2022年申請折扣，我們需要2021年的報稅表
- 州殘障保險 (State Disability Insurance, SDI)

請在下方簽名，以確認您已閱讀上述指示

簽名：_____

日期：_____