

Formulario de inscripción para el programa para descuento telefónico/de banda ancha para consumidores de bajos ingresos (Texas Lifeline)

El programa Texas Lifeline puede proveer un descuento mensual en su factura de teléfono/banda ancha.

¿Cuáles documentos debo adjuntar a mi solicitud?

Junto con su solicitud **firmada**, debe adjuntar documentación que demuestra que usted reúne los requisitos para recibir un beneficio calificado (SNAP, Medicaid, etc.) o documentación que indica los ingresos totales de su hogar. También debe enviar el Formulario de Certificación Texas Lifeline completado y firmado y, si hay múltiples familias que viven juntos en su hogar, debe enviar la planilla para el hogar de Texas Lifeline completada y firmada.

¿Qué es el descuento de Texas Lifeline?

El descuento de Texas Lifeline tiene dos componentes, un descuento estatal y uno federal. El descuento estatal es de hasta \$3.50, y el descuento federal es de hasta \$9.25. Los descuentos recibidos serán una reducción de su cargo por servicio básico.

¿Cuáles son los requisitos para el descuento de Texas Lifeline?

Requisitos estatales: Puede calificar para el descuento estatal si cualquiera en su hogar recibe SNAP, Medicaid, CHIP, LIHEAP, Asistencia federal para vivienda pública, TANF, programa de almuerzos gratuitos del programa nacional de almuerzos escolares, SSI o si el ingreso familiar total es igual o inferior al 150% establecido por las pautas de pobreza.

Requisitos federales: Puede calificar para el descuento federal si cualquiera en su hogar recibe SNAP, Medicaid, CHIP, Asistencia federal para vivienda pública, SSI, beneficios de pensión para veteranos o beneficios para sobrevivientes, o si el ingreso familiar total es igual o inferior al 135% establecido por las pautas de pobreza.

¿Cómo sé si soy elegible para los descuento de Texas Lifeline?

Si usted proporcionó una dirección de correo electrónico, se le enviará el resultado de su solicitud tan pronto como la revisemos. Si usted no proporcionó una dirección de correo electrónico, se le avisará únicamente si no fue aprobado para los descuento de Texas Lifeline.

¿Cuánto tiempo pasará hasta que vea el descuento en mis facturas?

Determinamos su elegibilidad durante la última semana de cada mes. Si la información que tenemos en sus archivos (es decir, nombre y dirección) coincide con la información proporcionada por su proveedor de servicio, verá su descuento en la próxima factura. Tenga en cuenta que el descuento telefónico/de banda ancha se aplicará en sus facturas durante todo el año.

Si no proporciona un formulario de certificación y una planilla para el hogar (si corresponde) completos y firmados, no recibirá el descuento telefónico/de banda ancha de Texas Lifeline.

¿Con qué frecuencia debo solicitar el descuento?

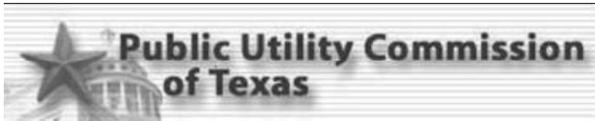
Usted debe presentar una solicitud por lo menos cada 7 meses. Si se le certifica para recibir el descuento de Texas Lifeline, se le enviará una solicitud aproximadamente dos meses antes de que se le venza su periodo de elegibilidad. Si cambia de domicilio o de número de teléfono, debe enviar otra solicitud para que podamos actualizar sus datos.

Envíe por correo la solicitud completa y firmada y la documentación necesaria a:

**Texas Lifeline
PO Box 4060
Killeen, Texas 76540-4060**

Tambien puede enviar su solicitud y la documentación necesaria al número de FAX gratuito 1-877-215-8018

¿Preguntas? Llame a Texas Lifeline al número gratuito 1-866-454-8387 o visite el sitio web www.texaslifeline.org



SECCIÓN 1 – Información del solicitante

La persona cuyo nombre figura en la factura del proveedor del servicio **DEBE** completar esta sección.

Nombre del cliente del proveedor del servicio: _____
Como aparece en la factura (en letra imprenta)

Dirección donde recibe el correo: _____	Dirección de la residencia: _____ <i>Se requiere si recibe el correo en un apartado postal</i>
Ciudad: _____ Código postal: _____	Ciudad: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: (____) ____ - ____ - ____	Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____ <i>(Obligatorio)</i>
Correo electrónico: _____	Fecha de nacimiento <i>(Obligatorio)</i> : _____

USTED DEBE:

1. Completar y firmar el Formulario de Certificación Lifeline del programa Texas Lifeline
2. Completar ambas páginas de la solicitud de Texas Lifeline y firmar la página 1
3. Proporcionar comprobantes de los beneficios que recibe o el total de los ingresos de su hogar, para confirmar su elegibilidad
4. Incluya una copia de su última factura del proveedor del servicio

Si no proporciona la documentación mencionada anteriormente, no podrá recibir el descuento telefónico/de banda ancha de Lifeline.

Declaración *(lea cuidadosamente y firme)*

Certifico que en mi hogar se recibe solamente un descuento Lifeline. Entiendo que el no cumplimiento del requisito de un solo servicio por hogar se considera una infracción de las reglas de la Comisión de la Comunicación Federal y puede dar lugar a que pierda mis beneficios de Lifeline y el posible enjuiciamiento de parte del gobierno de los Estados Unidos.

Certifico so pena de perjurio que mi hogar reúne los requisitos para recibir un beneficio calificado o que mi hogar tiene ingresos que no sobrepasan los límites de las pautas del programa, y que presenté documentación que representa acertadamente los ingresos de mi hogar o nuestra participación en un programa de beneficios calificados.

Certifico que la información que proporcioné en esta solicitud es cierta y verídica y acepto participar en el programa Texas Lifeline si acaso soy elegible. Entiendo que la información que proporcioné está sujeta a auditoría e investigación de parte de la Comisión de Servicios Públicos de Texas.

Firme aquí



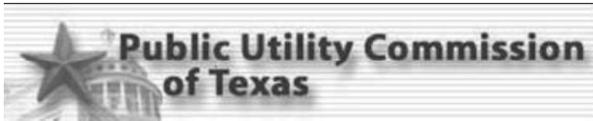
Firma del solicitante

Fecha: _____

**SIGA A LA
PÁGINA 2**

Envíe por correo la solicitud completa y la documentación necesaria a:

Texas Lifeline
PO Box 4060
Killeen, Texas 76540-4060
FAX: 1-877-215-8018



SECCIÓN 2 – Planilla de inscripción según los ingresos

TAMAÑO DEL HOGAR – Cantidad de personas que viven en su hogar: _____ (incluya a todos los adultos y niños que residen en esta dirección) *Su ingreso bruto familiar anual de todas las fuentes de dinero no puede sobrepasar las siguientes pautas:*

Cantidad de personas en el hogar	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso familiar anual y total (estado)	\$18,735	\$25,365	\$31,995	\$38,625	\$45,255	\$51,885	\$58,515	\$65,145
Ingreso familiar anual y total (federal)	\$16,862	\$22,829	\$28,796	\$34,763	\$40,730	\$46,697	\$52,664	\$58,631
Tipo de Ingreso	Cantidad en dólares		Frecuencia (mensual, semanal, etc.)					
Salarios del empleo como se figuran en el comprobante o formulario W-2								
Seguro Social								
Ingreso de jubilación								
Pensión alimenticia o manutención infantil								
Compensación al trabajador o de desempleo								
Todos los otros ingresos								

SI USTED REÚNE LOS REQUISITOS BASÁNDOSE EN EL INGRESO FAMILIAR TOTAL, DEBE ADJUNTAR A ESTA SOLICITUD COMPROBANTES DE LOS INGRESOS FAMILIARES (proporcione todos los documentos pertinentes)

- Copia de los comprobantes de pago más recientes de todos los empleadores correspondientes a los últimos dos meses (para cada integrante del hogar)
- Copia de su última declaración de impuestos presentada (**debe estar firmada**) o formulario W-2
- Carta firmada de cada empleador en la que se indique la cantidad de su sueldo
- Documentación de ingresos de Seguro Social
- Copia de formulario de compensación de desempleo que incluya las fechas de elegibilidad
- Copia de los dos cheques de desempleo más recientes
- Copia del último estado de cuenta bancario que demuestre el depósito directo de ingresos (por SSI, Seguro Social, anualidad, pensión)

SECCIÓN 3 – Planilla de inscripción al beneficio del programa

Si cualquier integrante del hogar reúne los requisitos para recibir cualquiera de los siguientes beneficios, entonces todo el hogar será elegible para recibir el **descuento telefónico (Lifeline)**

Calificación federal y estatal	Estado solo calificación	Solo calificación federal
<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cobertura de atención médica del Plan de Salud del Niño (CHIP) <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Federal para Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Suplementario—SSI	<input type="checkbox"/> Programa de ayuda energética para hogares de bajos ingresos - LIHEAP <input type="checkbox"/> Programa Nacional de Almuerzo Escolar (Programa de Almuerzo Gratuito) <input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)	<input type="checkbox"/> Beneficio de Pensión de Veteranos o Beneficio de Pensión de Sobrevivientes

SI USTED REUNE LOS REQUISITOS BASÁNDOSE EN SU ELEGIBILIDAD POR UN PROGRAMA DE LA LISTA ANTERIOR DEBE ADJUNTAR A ESTA SOLICITUD UN COMPROBANTE DE SU PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA

- Copia de una carta de una agencia gubernamental que confirme que usted reúne los requisitos del beneficio que se requiere
- Copia de una tarjeta de Medicaid de la persona que reúne los requisitos
- Contrato de alquiler de alguna Vivienda Pública Federal
- Nota: No se cumple el requisito de elegibilidad con la Tarjeta Lone Star

Residente de terrenos de las tribus que reúne los requisitos (Indique cuál tribu): _____

Presentar documentos de afiliación a la tribu y participación en por lo menos uno de los siguientes programas:

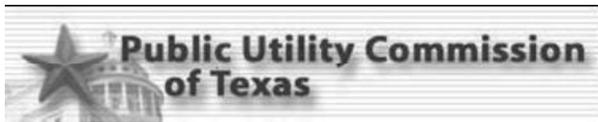
Asistencia General de la Oficina de Asuntos Nativos Americanos, Asistencia temporal para la familia necesitada administrada por la tribu, Head Start (solo si cumple las normas de elegibilidad según los ingresos) o el programa de almuerzo gratis del Programa Nacional de Almuerzo en la Escuela.

Cliente que recibe el beneficio

Proporcione el nombre de la persona en su hogar que recibe uno de los beneficios elegibles enumerados arriba.

Nota: debe proporcionar algún comprobante que demuestre que la persona participa en uno de los programas elegibles.

Nombre del cliente que recibe el beneficio: _____



Formulario de certificación de Lifeline para servicio de banda ancha /teléfono para personas de bajos ingresos

Nombre completo: _____

Dirección del hogar: _____
(No incluir casilla de correo)

N° de dpto. (si corresponde): _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección de facturación: _____

N° de dpto. (si corresponde): _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Mejor forma para ponerse en contacto con usted:
 Correo electrónico Teléfono Mensaje de texto Postal

Debe proporcionar esta información:

Fecha de nacimiento (*mm/dd/aaaa*): _____

Número de seguro social: _____

Número de teléfono: _____
(necesario para el servicio telefónico de Lifeline)

Proveedor telefónico/de banda ancha: _____

Esta es una dirección temporaria: Si _____ No _____

Marque si vive en tierras tribales:

**SOLO SE PERMITE UN BENEFICIO DE LIFELINE POR HOGAR
 PODRÍA PERDER SU BENEFICIO DE LIFELINE SI VIOLA ESTA REGLA**

Si reúne los requisitos, su hogar puede obtener Lifeline para el servicio de teléfono o de Internet, pero no ambos. Si obtiene Lifeline para su servicio de teléfono, puede obtener el beneficio para un teléfono móvil o para un teléfono fijo, pero no para ambos. Si obtiene Lifeline para su servicio de Internet, puede obtener el beneficio para un teléfono móvil o para una conexión doméstica, pero no para ambos. Si obtiene Lifeline para un servicio telefónico y de Internet integrado, puede obtener el beneficio de su servicio incluido en el teléfono móvil o de su servicio integrado en el hogar, pero no en ambos. Su hogar no puede obtener Lifeline de más de un teléfono o compañía de Internet. Solo se permite obtener un descuento Lifeline por hogar, no por persona. Si más de una persona en su hogar obtiene Lifeline, usted está incumpliendo las normas de la FCC y perderá su beneficio.

Lifeline es un beneficio no transferible. No puede dar su beneficio de Lifeline a otra persona, incluso si reúne los requisitos. Debe proporcionar información precisa y verdadera en este formulario y en todos los formularios o cuestionarios relacionados con Lifeline. Si proporciona información falsa o fraudulenta, perderá su beneficio de Lifeline (es decir, la cancelación de la inscripción o la exclusión del programa) y el gobierno de los Estados Unidos puede iniciar acciones legales contra usted. Esto puede incluir (entre otros) multas o encarcelamiento.

Dualidad en un programa de gobierno:

Marque todos los programas que usted o alguien en su hogar tenga:

- Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP)
- Seguridad de ingreso suplementario (SSI)
- Medicaid (incluye CHIP)
- Programa de asistencia federal para vivienda (FPHA)
- Programas de beneficios de pensión para veteranos

Programas tribales específicos

- Asistencia general de la oficina de asuntos indígenas (BIA)
- Programa de distribución de alimentos en reservas indígenas
- Asistencia temporal para familias tribales necesitadas (Tribal TANF)
- Tribal Head Start (solo hogares que cumplen con la norma de calificación de ingresos)

O BIEN

Califique mediante su ingreso:

(solo hogares que cumplen con el estándar de calificación de ingresos)

Número de miembros del hogar: _____

Cantidad de personas en el hogar:	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso familiar anual total - (estatal)	\$18,735	\$25,365	\$31,995	\$38,625	\$45,255	\$51,885	\$58,515	\$65,145
Ingreso familiar anual total - (federal)	\$16,862	\$22,829	\$28,796	\$34,763	\$40,730	\$46,697	\$52,664	\$58,631

Información del agente (Responda solo si un vendedor presenta este formulario).

Nombre completo: _____

(El nombre que utiliza en documentos oficiales, como su tarjeta de seguro social o identificación estatal. No un sobrenombre.)

Número de identificación del agente: _____

Fecha de nacimiento del agente (mm/dd/aaaa): _____

Acuerdo:

Bajo pena de perjurio, acepto las siguientes declaraciones: (Debe escribir su inicial al lado de cada declaración).

#1 _____ Yo (o mi dependiente u otra persona en mi hogar) actualmente recibo beneficios de los programas gubernamentales
Inicial enumerados en este formulario o mi ingreso familiar anual es 135% o menos que las Pautas Federales de Pobreza (el monto indicado en la tabla federal de Pautas de pobreza en este formulario).

#2 _____ Acepto que si me mudo le daré a mi proveedor de servicios mi nueva dirección dentro de los 30 días.
Inicial

#3 _____ Comprendo que tengo que avisarle a mi proveedor de servicios dentro de 30 días si ya no califico para Lifeline, que incluye:
Inicial
1) Yo, o la persona de mi hogar que califica, ya no calificamos con un programa gubernamental o ingreso.
2) O bien, yo o alguien de mi hogar, recibo más de un beneficio de Lifeline (que incluye más de un servicio de Internet de banda ancha Lifeline, más de un servicio telefónico de Lifeline o ambos servicios de teléfono y de Internet de banda ancha Lifeline).

#4 _____ Sé que mi hogar solo puede obtener un beneficio Lifeline y, según mi leal saber y entender, mi hogar no obtiene más de un beneficio Lifeline.
Inicial

#5 _____ Acepto que mi proveedor de servicios puede darle al administrador del Programa Lifeline toda la información que estoy brindando en este formulario. Entiendo que esta información está destinada a ayudar a ejecutar el Programa Lifeline y que si no dejo que se lo entreguen al administrador, no podré obtener los beneficios de Lifeline.
Inicial

#6 _____ Todas las respuestas y acuerdos que 4proporcione en este formulario son verdaderos y correctos según mi leal saber y entender.
Inicial

#7 _____ Sé que entregar voluntariamente información falsa o fraudulenta para obtener los beneficios del Programa Lifeline es punible por ley y puede dar lugar a multas, encarcelamiento, desinscripción o ser excluido del programa
Inicial

#8 _____ Mi proveedor de servicios puede tener que verificar si sigo calificando en cualquier momento. Si necesito volver a certificar (renovar) mi beneficio de Lifeline, entiendo que tengo que responder antes de la fecha límite o se me eliminará del Programa Lifeline y se suspenderá mi beneficio de Lifeline.
Inicial

#9 _____ Fui sincero sobre si soy o no un residente de tierras tribales, tal como se define en la primera página de este formulario.
Inicial

Lifeline es un beneficio federal que hace que el servicio mensual telefónico y de banda ancha sea más asequible para los hogares elegibles. Su hogar puede recibir el beneficio Lifeline por servicio telefónico O servicio de banda ancha, pero no por ambos. Para el servicio telefónico de Lifeline, su hogar puede recibir el beneficio de Lifeline para un servicio de telefonía móvil o un servicio de teléfono fijo, pero no ambos. Para el servicio de banda ancha Lifeline, su hogar puede recibir el beneficio Lifeline para un servicio de banda ancha móvil O un servicio de banda ancha fija, pero no ambos. Es posible que su hogar no reciba el beneficio Lifeline de más de un proveedor de servicios. Para Lifeline, un hogar es un individuo o cualquier grupo de individuos que viven juntos en la misma dirección y comparten ingresos o gastos. Lifeline es un beneficio no transferible. Usted no puede transferir su beneficio de Lifeline a otra persona, incluso si fuera elegible. Usted perderá su beneficio de Lifeline y podrá ser enjuiciado por el gobierno de los Estados Unidos si viola la norma de uno por hogar o de cualquier otra forma hace declaraciones falsas para recibir el beneficio de Lifeline.

Firma: _____ **Fecha:** _____