

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?

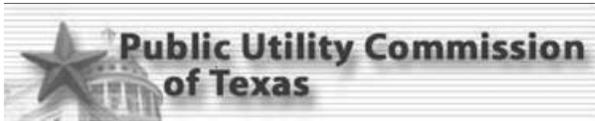
Usted debe presentar una solicitud por lo menos cada 7 meses. Si se le certifica para recibir el descuento de Texas Lifeline, se le enviará una solicitud aproximadamente dos meses antes de que se le venza su periodo de elegibilidad. Si cambia de domicilio o de número de teléfono, debe enviar otra solicitud 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: _____
Se requiere si recibe el correo en un apartado postal

Ciudad: _____ Código postal: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: (____) ____ - ____ - ____ Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____
(Obligatorio)

Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento *(Obligatorio)*: _____

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)	\$18,210	\$24,690	\$31,170	\$37,650	\$44,130	\$50,610	\$57,090	\$63,570
Ingreso familiar anual y total (federal)	\$16,389	\$22,221	\$28,053	\$33,885	\$39,717	\$45,549	\$51,381	\$57,213
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)								
<ul style="list-style-type: none"> • 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

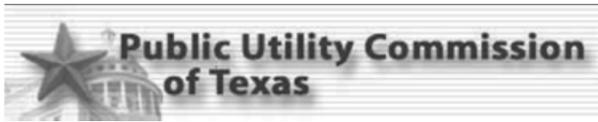
Si cualquier integrante del hogar reúne los requisitos para recibir cualquiera de los siguientes beneficios, entonces todo el hogar será elegible para recibir el descuento telefónico (Lifeline)		
Calificación federal y estatal <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> 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	Estado solo calificación <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)	Solo calificación federal <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		
<ul style="list-style-type: none"> • 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: <i>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.</i>		

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 el descuento telefónico/de banda ancha para consumidores de bajos ingresos

Nombre completo: _____

Domicilio Físico: _____
(No se aceptan apartados postales)

Ciudad: _____ Código postal: _____

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Debe usted proporcionar esta información:

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

Núm. de Seguro Social/Núm. de la Tribu: _____

Núm. de Teléfono que recibe servicio Lifeline: (Necesario para el servicio telefónico de Lifeline) _____

Proveedor telefónico/de banda ancha: _____

Esta dirección es temporal: Sí _____ No _____

SE PERMITE SOLAMENTE UN BENEFICIO DE LIFELINE POR CADA HOGAR USTED PODRÍA PERDER SU BENEFICIO DE LIFELINE SI NO CUMPLE ESTA REGLA

Lifeline es un programa gubernamental que brinda un descuento mensual en servicios de telefonía en el hogar, inalámbrica y de banda ancha, pero solo se permite un descuento. Se permite solamente un servicio Lifeline por hogar; no se permite que un mismo hogar reciba beneficios Lifeline de parte de múltiples proveedores. Su hogar consiste en todas las personas que viven en su casa (incluyendo a los niños y las personas que no tienen ningún parentesco con usted) y que comparten los ingresos y los gastos de la casa (las facturas, los alimentos, etc.). El violación de la regla de un solo servicio por hogar se considera una infracción de las reglas federales que conlleva en sí la exclusión del infractor del programa Lifeline y el posible enjuiciamiento de parte del gobierno federal. Usted no tiene autorización para transferir su beneficio Lifeline a otra persona.

Favor de anotar sus iniciales a un lado de las certificaciones que se encuentran a continuación. No olvide firmar y fechar este formulario.

Bajo pena de perjurio certifico que:

Cumplo con los criterios de elegibilidad por ingresos (ingreso familiar inferior al 135% establecido por las pautas federales de pobreza). Por favor, indique el número de personas en el hogar: _____

O cumplo los criterios de elegibilidad del programa para recibir Lifeline. Marque los beneficios pertinentes:

#1 _____ SNAP, Medicaid, SSI, Asistencia Federal para la Vivienda Pública, CHIP, Beneficio de Pensión de Veteranos o Beneficio de Pensión de Sobrevivientes

#2 _____ Avisaré a mi proveedor del servicio y al Programa Texas Lifeline dentro de los siguientes 30 días si por alguna razón ya no reúno los requisitos para poder recibir Lifeline o si ya no reúno los requisitos de los ingresos o del programa para recibir apoyo de Lifeline o si recibo más de un beneficio de Lifeline o si otro miembro de mi hogar recibe un beneficio de Lifeline.

#3 _____ Si me cambio de dirección, daré la nueva dirección a la compañía que me da servicios Lifeline y al Programa de Texas Lifeline dentro de los siguientes 30 días.

#4 _____ (Solo si es pertinente) Si proporcioné una dirección temporal de mi domicilio a la compañía elegible proveedor del servicio y al programa de Texas Lifeline, tengo la obligación de verificar mi dirección temporal cada 90 días.

#5 _____ Mi hogar recibirá solamente un servicio de Lifeline y, según mi leal saber y entender, mi hogar aún no recibe servicios de Lifeline.

#6 _____ En cualquier momento se puede requerir que yo vuelva a certificar mi elegibilidad para Lifeline, y al no hacerlo quedará sujeto a la exclusión del programa y la terminación de mi beneficio Lifeline.

#7 _____ No transferiré el beneficio Lifeline a ninguna otra persona, incluyendo a cualquier otra persona que reúna los requisitos del programa.

#8 _____ Doy mi consentimiento para que se divulguen mis datos personales de identificación a Universal Service Administrative Company (la Compañía Administrativa Servicio Universal o USAC) o a sus representantes, con el fin de averiguar que no recibo más de un beneficio Lifeline.

#9 _____ (Solo si es pertinente) Si busco reunir los requisitos de Lifeline como residente elegible del territorio de alguna tribu, vivo en los terrenos de la tribu.

Al firmar este documento, certifico bajo pena de perjurio que las declaraciones anteriores, al lado de las cuales he colocado mis iniciales son verídicas. Entiendo las reglas del programa Lifeline, las cuales se describen arriba y acuerdo en participar en el programa Lifeline si reúno los requisitos. Certifico asimismo que la información que proporcioné en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender y sé que el proporcionar información falsa o fraudulenta para obtener este beneficio es un delito sancionable castigable por la ley, incluyendo multas, encarcelamiento, cancelación de la inscripción o la exclusión del programa.

Firma: _____ Fecha: _____

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 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).
Inicial

#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:
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).
Inicial

#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:** _____