

LIFELINE ASSISTANCE APPLICATION
Certification Form - Arkansas

Solo para uso administrativo

ID de la solicitud

Nombre de la empresa

Rice Belt Tel.Co.

Codigo de la empresa

Verifique si cumple con los requisitos:

1. Complete la sección A, Información personal.
2. Complete la sección B y/o sección C. (lado reverso)
3. **Firme** y ponga la fecha el formulario en la **sección D en el lado reverso**.
4. Adjunte una copia de su más reciente recibo de teléfono y documentos que sirvan de prueba para respaldar su elegibilidad.
5. Envíe la solicitud, recibos y documentos a: Lifeline Administrator, 30 Lanidex Plaza West, PO Box 685, Parsippany, NJ 07054-0685.

El cliente proporciono la documentación siguiente: _____
Nombre del miembro de familia inscrito en el programa: _____
Iniciales de evaluador: _____ Fecha: _____

A. INFORMACIÓN PERSONAL

El nombre de la persona que aparezca a continuación **DEBE SER** igual al que figura en la factura del servicio telefónico. Por favor recuerde de completar la sección D en el lado **reverso**.

Customer Name _____
Mailing Address

LL Telephone No. _____
SERVICE ADDRESS

Fecha de nacimiento: Mes _____ **Día** _____ **Año** _____
(Requerido) mm dd yyyy

- Chequee solamente si la direccion de el servicio es temporal**
- Chequee solamente si el servicio es de varias personas en el hogar**

Ultimos 4 digitos de el Seguro Social: _____
(Requerido)

Lifeline es un beneficio de asistencia del Gobierno federal y hacer intencionalmente declaraciones falsas para obtener el beneficio puede resultar en multas, carcel , anulacion, or ser excluido del programa. Solo un servicio Lifeline esta disponible por hogar. Un hogar esta definido, por el proposito de el programa Lifeline, como una persona o un grupo de personas quienes viven juntos en la misma direccion como una unidad económica. Una "unidad economica" consiste de todas las personas adultas contribuyendo a/y participación en los ingresos y gastos de un hogar. Un hogar puede incluir a personas relacionadas y no relacionadas. Un hogar no está permitido para recibir beneficios de Lifeline de varios proveedores. Violación del uno-por-hogar limitación constituye una violación de las normas de la FCC y provocarán la exclusion al programa. LifeLine es un beneficio no transferible y no puede transferido a cualquier otra persona.

B. ELEGIBILIDAD BASADA EN EL PROGRAMA

Marque todos los programa(s) de los cuales usted o un miembro de familia esté recibiendo ayuda. Usted debe proveer prueba de que está participando en un programa. Esto podría incluir una copia de su tarjeta de beneficio, una copia de elegibilidad de una agencia autorizada o una declaración de beneficios del año pasado (No envíe los originales.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cupones para alimentos (SNAP) | <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia de Energia para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) |
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Asistencia Federal para Vivienda Publica (FPHA) |
| <input type="checkbox"/> Programa de Almuerzo Gratis del Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP) | <input type="checkbox"/> Ayuda Temporal a Familias Necesitadas (TANF) |
| <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Complementario (SSI)
(No es lo mismo que los beneficios del Seguro Social) | |

(Documentacion NO sera devuelta)

POR FAVOR VEA EL OTRO LADO PARA LA SECCION BASADA EN INGRESOS Y LA SECCION DE LA FIRMA (REQUERIDA!)



C. ELEGIBILIDAD BASADA EN LOS INGRESOS

Calcule el ingreso familiar **TOTAL** indicando, en la categoría correspondiente, los ingresos de todas las personas adultas que viven en su hogar:

Fuente de ingresos	Cantidad	Núm. total de miembros en la familia Debe encerrar en un círculo una de las opciones	Ingresos anuales al 135% de las pautas federales sobre la pobreza
Declaración de impuestos estatales, federales o tribales del año anterior, <input type="radio"/>			
Seguro Social; Ingresos por jubilación			
Pensión alimenticia o pensión para hijos menores			
Todas las demás ganancias (sueldo)		1	\$15,899
Asistencia general de la Oficina de asuntos indígenas		2	\$21,505
Compensación por desempleo o compensación a trabajadores (Workers' Compensation)		3	\$27,121
Compensación de Veteranos		4	\$32,737
Si ud tiene más de 4 personas en su hogar, escriba el numero De personas y sume 5,616 por cada persona adicional			
Ingreso familiar total			

Debe adjuntar documentos que respalde los ingresos indicados anteriormente. Algunos ejemplos de documentos de prueba son:

Declaración de impuestos estatales, federales o tribales del año anterior,

De cada una de las categorías de las fuentes de ingreso indicadas anteriormente que abarquen los últimos tres meses consecutivos:

- Una declaración de ingresos actual o los recibos de sueldo más recientes de todos los empleadores
- Declaración de beneficios del Seguro Social
- Declaración de beneficios de la Administración de Veteranos
- Declaración de beneficios de jubilación/pensión
- Declaración de beneficios de compensación por desempleo/compensación del trabajador
- Documentación de pensión para hijos menores
- Carta de aviso federal o tribal de participación en la Asistencia general de la Oficina de asuntos indígenas
- Sentencia de divorcio

(Documentacion NO sera devuelta)

D. TRANSFERENCIA DE BENEFICIO DEL DESCUENTO LIFELINE

Si usted actualmente esta recibiendo Lifeline de otro proveedor y usted desea transferir su descuento Lifeline to CARRIER, usted DEBE poner sus iniciales en la siguiente declaracion.

____ Yo autorizo CARRIER transferir cualquier existente descuento Lifeline con un diferente proveedor a mi CARRIER cuenta, sujeto a todos los terminos y condiciones descritas en esta aplicacion, entendiendo que solamente un servicio de Lifeline esta disponible por hogar. Yo me doy cuenta que mi pre-existente cuenta puede ser sujeta a cargos normales y honorarios hasta que sea terminado por mi.

E. FIRMA

Por favor lea las siguientes declaraciones, ponga sus iniciales en cada certificacion, y firme abajo. [Declaracion de Divulgacion: Perjurio y declaraciones falsas son penadas con multas y/o prision bajo el Titulo 18 de el codigo de los U.S.]

Al firmar abajo, **Yo certifico bajo pena de perjurio**, a cada unos de los siguientes:

____ 1. Yo cumplo con los criterios de elegibilidad basados en ingresos or programa para recibir Lifeline, proveido en 47 CFR Seccion 54.409. He proporcionado la documentacion de elegibilidad;

____ 2. Yo notificare dentro de 30dias si, por alguna razon, Yo ya no cumplo los criterios para recibir Lifeline incluyendo, como relevante, Si he dejado de cumplir los criterios basados en el programa o ingresos para recibir apoyo de Lifeline, Estoy recibiendo mas de un beneficio de Lifeline, o otro miembro de mi familia esta recibiendo un beneficio de Lifeline;

____ 3. (Sólo si es applicable) Si estoy tratando de calificar para Lifeline como un residente elegible de tierras Tribales, Yo vivo en tierras Tribales, como esta decretado en 47 CFR Seccion 54.400(e);

____ 4. Si yo me mudo a una nueva direccion, Yo proporcionare la nueva direccion a la compana de telefono dentro de 30 dias;

____ 5. (Sólo si es applicable) Si yo proporciono una direccion temporal a la compana telefonica, Se requerira que yo verifique mi direccion temporal cada 90 dias;

____ 6. Mi hogar recibira solamente un (1) servicio Lifeline, y, al mejor de mi conocimiento, mi hogar no se esta recibiendo en este momento un servicio Lifeline;

____ 7. Reconozco que puede requerirse que yo re-certifique de nuevo mi elegibilidad para recibir Lifeline en cualquier momento, y mi falta de re-certificacion en cuanto a mi elegibilidad causara la cancelacion y la terminacion de mis beneficiios Lifeline como consiguiente al 47 CFR Seccion 54.405(e)(4);

____ 8. Reconozco que proveer informacion falsa o fraudulenta para recibir Lifeline es penado por ley; y

____ 9. La informacion contenida en la solicitud y certificacion es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento.

____ 10. Reconozco que la información de esta certificación se dará a la USAC y/o sus agentes a fin de comprobar que mi hogar no recibe más de un beneficio y que USAC puede requerir informacion adicional para verificar mi elegibilidad.

X _____
Firma Del Cliente

Fecha