

## Formulario de certificación Lifeline

Lifeline, es un programa del gobierno federal disponible para personas de bajos recursos y miembros de programas elegibles que cumplen con los requisitos, requeridos por el mismo. El servicio Lifeline no es transferible a ninguna otra persona. **Por ley, el programa Lifeline ofrece solo una línea disponible por hogar, ya sea fija o inalámbrica.** Un hogar se define, a los efectos del programa Lifeline, como cualquier persona que viva en la misma dirección y comparta ingresos y gastos. Cualquier violación de la limitación de una línea telefónica por hogar resultará en la cancelación de la inscripción en el programa Lifeline y puede ser penalizada con una multa y hasta encarcelamiento.

**Inscripción para Lifeline**       **Re-certificación para Inscripción Lifeline existente**

### INFORMACION PERSONAL

Favor de completar la siguiente información:

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Seguro Social # (últimos 4 dígitos): \_\_\_\_\_ Contacto #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección Electrónica: \_\_\_\_\_

---

### ELIGIBILIDAD

LIFELINE REQUIERE LA COALIFICACION DE PERSONAS BAJO LA SECCIÓN 1 O LA SECCIÓN 2 A CONTINUACIÓN. POR FAVOR LLENE LA SECCIÓN 1 O 2, SEGÚN LO QUE SE APLIQUE A USTED:

#### SECCION 1 – ELIGIBILIDAD BASADA EN PROGRAMA

Favor de marcar todo lo que corresponda y confirme **proporcionando a Union Wireless la documentación** necesaria para demostrar elegibilidad bajo uno de los programas que se enumeran a continuación:

Asistencia temporal administrada por tribus para familias necesitadas (TTANF)

Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP)

Ingreso de seguridad suplementario (SSI)

Distribución de alimentos en reservas indígenas (FDPIR)

Medicaid

HEAD Start

Asistencia federal para vivienda pública (Section 8)

Programa de beneficios de pensión para veteranos y sobrevivientes

Oficina de Asistencia General de Asuntos Indígenas

CERTIFICO QUE YO O UNO DE MIS DEPENDIENTES PARTICIPA EN UNO O MAS PROGRAMAS DE CALIFICACION COMO SE INDICA EN ESTE DOCUMENTO.

\_\_\_\_\_  
Initial Here

SI USTED TIENE UN DEPENDIENTE QUE RESIDE EN SU HOGAR Y QUE RECIBE BENEFICIOS DE UNO DE LOS PROGRAMAS ANTERIORES, PROPORCIONE SU NOMBRE:

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

**SECCION 2 - ELIGIBILIDAD BASADA EN BAJO INGRESO:**

SI USTED NO PARTICIPA EN CUALQUIERA DE LOS PROGRAMAS ANTERIORES, PODRÍA CALIFICAR CON INGRESO DE SU HOGAR EN EL 135% O MENOS DE LAS NORMAS FEDERAL DE POBREZA.

CUANTAS PERSONAS RESIDEN EN SU HOGAR? \_\_\_\_\_

Residentes en el Hogar	Total de Ingreso Annual:	Residentes en el Hogar	Total de Ingreso Annual:	Residentes en el Hogar	Total de Ingreso Annual:
1 persona	\$17,388	3 personas	\$29,646	5 personas	\$41,904
2 personas	\$23,517	4 personas	\$35,775	Personas adicionales	\$6,129

**PARA CUALIFICAR EN BASE A INGRESOS, USTED DEBE FACILITAR COPIA DE UNO O MÁS DE LOS DOCUMENTOS QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN CON VALIDEZ DE UN AÑO. SI USTED PROPORCIONA DOCUMENTACIÓN QUE NO CUBRE UN AÑO COMPLETO (COMO TALONES DE PAGO ACTUALES), DEBE ENVIAR TRES (3) MESES CONSECUTIVOS DEL MISMO TIPO DE DOCUMENTO DENTRO DE LOS 12 MESES ANTERIORES. POR FAVOR, NOL OLVIDE DOCUMENTAR TODOS LOS INGRESOS DE SU HOGAR.**

- ÿ Declaración de impuestos estatales, federales o tribales del año anterior
- ÿ Declaración de beneficios del Seguro Social
- ÿ Decreto de divorcio o documento de manutención para menores
- ÿ Declaración de beneficios de la Administración de Veteranos
- ÿ Carta de notificación federal o tribal de participación en la Oficina de Asistencia General de Asuntos Indígenas
- ÿ Declaración de beneficios por desempleo / compensación para trabajadores
- ÿ Declaración de beneficios de jubilación / pensión
- ÿ Declaración de ingresos actual del empleador o talón de cheque de pago

**CERTIFICO QUE EL INGRESO DE MI HOGAR ES DE 135% O MENOR DE LAS NORMAS FEDERAL DE POBREZA Y QUE HE INDICADO CORRECTAMENTE EL NÚMERO DE PERSONAS EN MI HOGAR EN ESTE DOCUMENTO.**

\_\_\_\_\_  
Initial Here

**DIRECCIÓN RESIDENCIAL** (NO SE ACEPTA DIRECCION DE APARTADOS DE COPRREO, DEBE SER SU DIRECCIÓN RESIDENCIAL)

DIRECCION RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

Nombre de Complejo de Vivienda o Apartamento : \_\_\_\_\_

Num Apartamento: \_\_\_\_\_ Complejo de Vivineda/cama Num.: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Esta dirección es:  Permanente  Temporera

**DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN (SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN ANTERIOR)**

DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

---

**CERTIFICACION DE CLIENTE**

**LA LEY FEDERAL, REQUIERE QUE UNION WIRELESS OBTENGA SU CERTIFICACIÓN PARA LAS SIGUIENTES DECLARACIONES. POR FAVOR LEA Y RECONOZCA QUE ESTÁ DE ACUERDO AL INICIAR CADA DECLARACIÓN A CONTINUACIÓN, BAJO PENA DE PERJURIO:**

**Certifico que tengo entendimiento de que nadie en mi hogar está recibiendo el servicio Lifeline.**

\_\_\_\_\_  
*Initial Here*

**Certifico que tengo al menos 18 años de edad y que actualmente no recibo servicio telefónico de línea de ninguna otra compañía de telefonía fija o inalámbrica. Solo recibiré Lifeline de Union Wireless y no de ninguna otra compañía de telefonía fija o inalámbrica.**

\_\_\_\_\_  
*Initial Here*

**Autorizo a Union Wireless acceder a cualquier registro, incluidos los registros financieros necesarios para verificar mi elegibilidad para el servicio Lifeline. También autorizo a Union Wireless a transmitir al Administrador de Lifeline toda la información que he proporcionado en este formulario, así como mi número de teléfono y la fecha de inicio y finalización (si corresponde) de mi servicio Lifeline. Entiendo que esta información se transmitirá para garantizar la administración adecuada del programa Lifeline y que no puedo recibir el servicio Lifeline si no doy mi consentimiento para que se transmita esta información.**

\_\_\_\_\_  
*Initial Here*

**Entiendo que se me solicitará que verifique mi elegibilidad continua para el servicio Lifeline de Union Wireless al menos una vez al año, y que se me puede solicitar que verifique mi elegibilidad continua en cualquier momento, y que no hacerlo resultará en la terminación de los beneficios de Lifeline. Notificaré a Union Wireless de inmediato si ya no califico para Lifeline, o si tengo una pregunta sobre si aún califico.**

\_\_\_\_\_  
*Initial Here*

Con mi firma a continuación, certifico bajo pena de perjurio que he leído y comprendido este formulario de certificación y que certifico que la información contenida en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender y que entiendo que proporcionar información falsa a recibir los beneficios de Lifeline se castiga con multa o prisión. También reconozco que se me pedirá que notifique a Union Wireless dentro de los treinta (30) días si cambia mi domicilio. Además, si mi dirección indicada anteriormente es una dirección temporal, entiendo que debo verificar mi dirección con Union Wireless cada noventa (90) días. El no proporcionar dicha notificación o verificación resultará en la cancelación de la inscripción en el programa.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

For Company Use Only:

I certify that I have reviewed documentation (identified below) from the customer, and to the best of my knowledge, this documentation accurately represents the customer's participation in the program above, or that the customer's household income is at or below 135% of the Federal Poverty Guidelines.

Document reviewed: \_\_\_\_\_

Method provided: In person \_\_\_ U.S. Mail \_\_\_ Fax \_\_\_ E-mail \_\_\_

Expiration date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Printed Name of Union Wireless employee

\_\_\_\_\_  
Signature of Union Wireless employee