

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ARIZONA – PROGRAMA DE ASISTENCIA DE LIFELINE

Por favor, lee todas las instrucciones antes de rellenar

Por favor, rellena toda la información detalladamente. La información en esta solicitud es estrictamente confidencial, y sólo se la utilizará para determinar tu elegibilidad para Lifeline Assistance.

Número de teléfono o número existente de la cuenta	Nombre	Apellido	
Dirección		Ciudad	Estado
Código postal	Número de seguridad social		Fecha de nacimiento

POR FAVOR, MARCA los programas en los cuales participas actualmente:

<input type="checkbox"/>	Medicaid (AHCCCS) Número de caso: _____	<input type="checkbox"/>	Programa de asistencia de energía residencial para personas con ingresos bajos número de caso: _____
<input type="checkbox"/>	Vales de comida número de caso: _____	<input type="checkbox"/>	Asistencia temporal para familias con necesidades número de caso: _____
<input type="checkbox"/>	Ingresos de seguridad suplemental (SSI) número de caso: _____	<input type="checkbox"/>	Almuerzos escolares nacionales (NSL) número de caso: _____
<input type="checkbox"/>	Asistencia de alojamiento público federal número de caso: _____	<input type="checkbox"/>	Plan estatal de seguro médico para niños (SCHIP) o KidsCare número de caso: _____
<input type="checkbox"/>	Ingresos totales del hogar igual o menor al 150% de las Pautas de Pobreza Federales (se tiene que proveer documentación. Ver el reverso) número de personas en el hogar: _____		

POR FAVOR, LEE Y FIRMA LO SIGUIENTE:

Al firmar abajo, certifico bajo pena de perjurio que 1) la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta; 2) el servicio telefónico por el cual pido el descuento Lifeline está registrado bajo mi nombre; 3) la dirección dada es mi residencia primaria, no un segundo hogar o negocio; y 4) entiendo y estoy de acuerdo con que sólo un descuento Lifeline está permitido por hogar. Sólo puedo recibir descuentos Lifeline de una Compañía Telefónica, y sólo en una línea de teléfono. No puedo recibir descuentos Lifeline en ambas líneas fijas y móviles. Entiendo que recibir descuentos Lifeline en más de una línea telefónica es una violación de las leyes federales y puede resultar en castigos que incluyen la pérdida de todos los descuentos Lifeline.

Si en el futuro ya no participo en por lo menos un programa de beneficios (y no cumplo con ningún otro requisito) que me califique para asistencia de Lifeline/Link Up, notificaré a CenturyLink en seguida que ya no soy elegible para recibir dicha asistencia.

Autorizo a CenturyLink o a su representante designado a acceder cualquier récord requerido para verificar mis declaraciones aquí y para confirmar mi elegibilidad para asistencia de Lifeline/Link Up. También autorizo a representantes de agencias de servicios sociales para hablar y/o proveer información a CenturyLink que verifique mi participación en programas de beneficios que me califican para asistencia de Lifeline/Link Up. Entiendo que completar esta solicitud no constituye aprobación inmediata para asistencia Lifeline/Link Up. Entiendo que calificar para asistencia Lifeline/Link Up puede no eliminar requisitos de depósito para servicio telefónico local.

Al firmar abajo, reconozco que proveer documentación fraudulenta para recibir asistencia se puede castigar bajo pena de la ley.

Firma de titular de la cuenta

Fecha

Por favor, envía esta solicitud rellena y cualquier documento pertinente a:

Arizona Department of Economic Security
– Community Partnerships and Innovative
Practices Lifeline Telephone Discount
Program – 950A
P.O. Box 6123
Phoenix, AZ 85005-6123

Para respuestas acerca de preguntas sobre Lifeline,
por favor, llama al DES-CPIP en el 1-602-542-4446 ó 1-800-582-5706.



Por Favor, marca la caja	Número de personas que viven en el hogar	Ingresos del hogar (igual o menor a)	Por Favor, marca la caja	Número de personas que viven en el hogar	Ingresos del hogar (igual o menor a)
<input type="checkbox"/>	1	\$16,755	<input type="checkbox"/>	6	\$46,455
<input type="checkbox"/>	2	\$22,695	<input type="checkbox"/>	7	\$52,395
<input type="checkbox"/>	3	\$28,635	<input type="checkbox"/>	8	\$58,335
<input type="checkbox"/>	4	\$34,575	<input type="checkbox"/>	No. _____	\$ _____.
<input type="checkbox"/>	5	\$40,515	*Para cada persona adicional, añade \$5,940		

Lista de documentos para la solicitud – Por favor, proporcione lo siguiente:

1. La solicitud firmada y rellena.
2. Proporcione una copia de una de las siguientes opciones si está solicitando basado en el tamaño y nivel de ingresos del hogar del cliente:
 - Declaración del valor de la renta federal o estatal del año pasado
 - Declaración de ingresos anuales actuales del empleador
 - Resguardo de la nómina de los tres meses consecutivos más recientes
 - Declaración de beneficios de seguridad social
 - Declaración de beneficios de la administración de veteranos
 - Declaración de beneficios de jubilación o pensión
 - Declaración de beneficios de desempleo o compensación de trabajador
 - Carta de participación en asistencia general
 - Declaración de divorcio o documentación de pensión alimenticia

Por favor, envíe esta solicitud rellena y cualquier documento pertinente a:
Arizona Department of Economic Security
– Community Partnerships and Innovative
Practices Lifeline Telephone Discount
Program – 950A
P.O. Box 6123
Phoenix, AZ 85005-6123

Para respuestas acerca de preguntas sobre Lifeline, por favor, llame al DES-CPIP en el 1-602-542-4446 ó 1-800-582-5706.