

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: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

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

Número de cuenta: _____
(necesario para el servicio de banda ancha de Lifeline)

Correo electrónico: _____

Dirección de la residencia: _____
Se requiere si recibe el correo en un apartado postal

Ciudad: _____ Código postal: _____

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

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.

**SIGA A LA
PÁGINA 2**

Firme aquí 

Firma del solicitante

Fecha: _____

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

Assurance Wireless
PO Box 4050
Charleston, Illinois 61920 – 9907
FAX: 877-732-3018



TX999999999999XB



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)	\$19,320	\$26,130	\$32,940	\$39,750	\$46,560	\$53,370	\$60,180	\$66,990
Ingreso familiar anual y total (federal)	\$17,388	\$23,517	\$29,646	\$35,775	\$41,904	\$48,033	\$54,162	\$60,291
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 <u>los últimos dos meses</u> (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)

Número de cuenta en el que se recibe el servicio Lifeline:

(necesario para el servicio de banda ancha 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:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP) | <input type="checkbox"/> Seguridad de ingreso suplementario (SSI) |
| <input type="checkbox"/> Medicaid (incluye CHIP) | <input type="checkbox"/> Programa de asistencia federal para vivienda (FPHA) |
| <input type="checkbox"/> Programas de beneficios de pensión para veteranos | |

Programas tribales específicos

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asistencia general de la oficina de asuntos indígenas (BIA) | <input type="checkbox"/> Programa de distribución de alimentos en reservas indígenas |
| <input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias tribales necesitadas (Tribal TANF) | <input type="checkbox"/> 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)	\$19,320	\$26,130	\$32,940	\$39,750	\$46,560	\$53,370	\$60,180	\$66,990
Ingreso familiar anual total - (federal)	\$17,388	\$23,517	\$29,646	\$35,775	\$41,904	\$48,033	\$54,162	\$60,291


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).

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).

 #1 _____
 Inicial

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

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).

 #3 _____
 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

Acepto que toda la información presentada en este formulario puede recopilarse, usarse, compartirse y retenerse con el propósito de solicitar y / o recibir el beneficio del Programa Lifeline. Entiendo que, si esta información no se presenta al Administrador del Programa Lifeline, no podré obtener los beneficios solicitados. Si las leyes del gobierno estatal o tribal lo requieren, acepto que dichas agencias pueden compartir información sobre mis beneficios para poder calificar por un programa aceptado por el Programa Lifeline. La información compartida por el gobierno estatal o tribal se utilizará solo para ayudar a verificar si puedo obtener el beneficio del Programa Lifeline.

 #5 _____
 Inicial

 #6 _____ Todas las respuestas y acuerdos que proporcione 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:** _____

 Envíe por correo electrónico el formulario completo y la documentación requerida a:
 Assurance Wireless • PO Box 4050 • Charleston, Illinois 61920 - 9907 • FAX: 1-877-732-3018

PLANILLA PARA EL HOGAR DE LIFELINE

¿Cuál es su nombre legal completo? (El nombre que utiliza en documentos oficiales, como su tarjeta de seguro social o identificación estatal. No un sobrenombre).

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Apellido: _____

¿Cuál es la dirección de su hogar?

(La dirección en la que obtendrá el servicio. No utilice una casilla de correo).

Dirección del hogar: _____

¿Cuál es su dirección de facturación/postal?

Dirección de facturación: _____

N° de depto. (si corresponde): _____

N° de depto. (si corresponde) _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Acerca de Lifeline

Lifeline es un beneficio que disminuye el costo mensual del servicio de teléfono o Internet (no ambos). Solo se permite obtener un descuento Lifeline por hogar, no por persona.

Utilice esta planilla si alguien más en su dirección obtiene Lifeline. Las respuestas a estas preguntas le ayudarán a descubrir si hay más de un hogar en su dirección. Un hogar es un grupo de personas que viven juntas y comparten los ingresos y los gastos (incluso si no están relacionados entre sí).

1. ¿Vive con otro adulto?

Los adultos son personas que tienen 18 años de edad o más o que son menores emancipados. Esto puede incluir un cónyuge, una pareja doméstica, un progenitor, hijo o hija adultos, adultos en su familia, un compañero de vivienda adulto, etc.

Sí

*Si la respuesta es Sí
Pregunta 2*

No

Usted puede inscribirse en Lifeline.
Usted vive en un hogar que no recibe el descuento de Lifeline aún. Ponga sus iniciales en la línea B a continuación, y firme y coloque la fecha en la planilla.

Seleccione esta casilla

2. ¿Obtienen Lifeline?

Sí

*Si la respuesta es Sí
Pregunta 3*

No

Usted puede inscribirse en Lifeline.
Usted vive en una dirección con más de un hogar y su hogar no recibe el descuento de Lifeline aún. Ponga sus iniciales en las líneas A y B a continuación, y firme y coloque la fecha en la planilla.

Seleccione esta casilla

3. ¿Comparte dinero (ingresos y gastos) con ellos?

Esto puede ser el costo de facturas, alimentos, etc., e ingresos. Si está casado, debe marcar sí como respuesta a esta pregunta.

Sí

No

Usted no reúne los requisitos para Lifeline debido a que alguien en su hogar ya obtiene el beneficio. Solo se permite que reciba un descuento Lifeline por hogar, no por persona.

Seleccione esta casilla

(A) Vivo en una dirección con más de un hogar.

(B) Comprendo que el límite de un beneficio por hogar es una norma de la Comisión Federal de Comunicaciones (FCC) y que perderé mi beneficio de Lifeline si no cumplo con esa norma.

Firma _____

Fecha de hoy _____

SERVICE INFORMATION FORM TEXAS

ASSURANCE WIRELESS ILIMITADO – CERTIFICACIONES DEL PLAN DE BENEFICIO DE BANDA ANCHA DE EMERGENCIA (EBB, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)*

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL PROGRAMA DE BENEFICIO DE BANDA ANCHA DE EMERGENCIA (EBB): El nuevo programa de Beneficio de banda ancha de emergencia fue creado por el Congreso a fin de reducir temporalmente los costos de Internet de alta velocidad para los hogares de bajos ingresos durante la pandemia de Covid-19. Con el apoyo financiero temporal del Gobierno Federal, Assurance Wireless puede ofrecer datos, mensajes de texto, llamadas ilimitados y Hotspot de 10GB a clientes elegibles. Los clientes que continúen con el servicio al final del programa de EBB serán transferidos solo al plan gratis Lifeline de Assurance Wireless, si son elegibles, o se les ofrecerá otras opciones. Estas opciones pueden incluir planes sin descuento (no de EBB) y pueden estar sujetas a los términos y condiciones generales de la compañía.

Elija Sí a continuación para inscribirse en Datos ilimitados GRATIS y Textos ilimitados GRATIS y Minutos ilimitados GRATIS.

¿Desea inscribirse en Assurance Wireless Ilimitado, un plan de Beneficio de banda ancha de Emergencia (EBB)?

Sí No

Al proporcionar mi firma completa a continuación:

- Doy mi consentimiento a inscribirme en Assurance Wireless Ilimitado mientras este programa se encuentre en funcionamiento, o hasta que yo cancele este servicio.
- Doy mi consentimiento a transferir mi Beneficios de EBB a Assurance Wireless si tengo servicio de EBB con otro proveedor.
- Si permanezco con Assurance Wireless después de dejar el programa de EBB, doy mi consentimiento para hacer el traspaso a un servicio solo Lifeline si cumplo los requisitos, o, de no ser así, a un plan de 'Paga lo que consumes'.
- Doy mi consentimiento de que Assurance Wireless pueda transmitir al Administrador del Programa de EBB la siguiente información necesaria para la administración adecuada del Programa de EBB: mi nombre completo, dirección residencial completa, fecha de nacimiento, el número de teléfono asociado con mi servicio EBB, la fecha en que mi descuento de EBB comenzó, la fecha en que mi beneficio de descuento de EBB terminó, si ha terminado, la cantidad de asistencia requerida para mi cuenta y cómo reuní los requisitos del programa de EBB.

* **Oferta por tiempo limitado.** El programa de beneficio de banda ancha de emergencia, un programa gubernamental que reduce la factura de servicio de acceso a Internet de banda ancha del consumidor elegible, es temporal y termina cuando los fondos se agoten, o 6 meses después del fin de la pandemia, lo que ocurra primero; Assurance Wireless notificará al cliente con antelación. Un descuento por hogar elegible y no es transferible entre hogares. Los clientes que permanezcan con Assurance Wireless después de que el programa EBB termine serán cambiados al plan Lifeline, si son elegibles, o a un plan no EBB sujeto a términos y condiciones generales. Los consumidores elegibles pueden obtener servicio del programa de EBB de cualquier proveedor participante y pueden transferir su beneficio de EBB a otro proveedor participante en cualquier momento. Para obtener más detalles sobre el programa EBB, visite <https://www.fcc.gov/broadbandbenefit>. Ilimitado mientras te encuentres en nuestra red. Durante periodos de congestión, los usuarios que consumen muchos datos (>35GB/mes) y los clientes que eligen este plan podrían notar velocidades más bajas y los clientes de Assurance Wireless podrían notar velocidades más bajas en comparación con T-Mobile debido a la priorización de datos. Hotspot Móvil de hasta 10GB 4G LTE. Se requiere dispositivo compatible. Al activar su dispositivo y servicio, usted acepta los Términos y Condiciones de Assurance Wireless. Consulte los términos completos (incluida la disposición de arbitraje) y los detalles en assurancewireless.com.