APLICACIÓN PARA ARIZONA – PROGRAMA DE DESCUENTO TELEFÓNICO PARA ADULTOS MAYORES (STDP)

Por Favor Lea Todas las Instrucciones Antes de Completar

Por favor responda de forma completa. Respuestas incorrectas o incompletas pueden provocar que su aplicación sea rechazada. La información en esta aplicación sólo será utilizada para evaluar su elegibilidad para el Programa de Descuento para Adultos Mayores.

TOME EN CUENTA: Para fines de este formulario, al Programa de Descuento para Adultos Mayores se hará referencia como Lifeline. La información proporcionada a continuación debe ser la del titular de la cuenta.

Número de Teléfono	# de Cuenta Existente		
Nombre (No Iniciales)	Apellido		
Dirección donde se localiza el servicio (No se permite casilleros postales)	Ciudad	Estado	
Marque aquí si es una dirección temporal ☐	Código Postal	Proveedor de Serv. Telefónico	
Marque aquí si usted participa en la confidencialidad Dirección programa ☐	Dirección de Facturación, Ciudad, Estado y Código Postal (Si es diferente de la Dirección del Servicio) (Se permite casilleros postales)		
Últimos cuatro dígitos de Número de Seguro Social	O Últimos cuatro dígitos de Número de Identificación Tribal		
Fecha de nacimiento	Dirección de correo electrónico		

LINEAMIENTOS DE INGRESOS: Una copia de la documentación de elegibilidad POR FAVOR MARQUE la casilla correspondiente en la tabla de ingresos anuales y proporcione el ingreso mensual real más abajo, incluyendo beneficios de Seguro Social y/o Pensión. Por favor indique el número de miembros del hogar si es mayor de 5.

Personas en el Hogar	SI SU INGRESO TOTAL ANUAL DEL HOGAR ES IGUAL O INFERIOR A LOS MONTOS INDICADOS, QUE SON: Plan para Adultos Mayores 100% de Nivel Federal de Pobreza
1 ☐	$11,676
2 ☐	$15,732
3 ☐	$19,788
4 ☐	$23,856
5 ☐	$27,912
Por cada miembro adicional en el hogar agregue	$4,056
Número de personas en el hogar es mayor de 5: _____	Ingreso Mensual Real: $_____

1. ESTE PROGRAMA ME OFRECE UNA TARIFA TELEFÓNICA REDUCIDA DEBIDO A QUE:
   - SOY EL JEFE DEL HOGAR,
   - TENGO 65 AÑOS DE EDAD O MÁS, Y
   - MIS INGRESOS ESTÁN EN EL 100% DEL NIVEL FEDERAL DE POBREZA.

2. La información anterior es verdadera y completa. Autorizo al Departamento de Seguridad Económica de Arizona, la División para Ancianos y Servicios para Adultos (DES/DAAS) y/o agencias delegadas a ponerse en contacto con las fuentes necesarias para establecer la exactitud de la información que he dado con respecto a mi familia e ingresos. Si el DAAS considera que soy elegible, se concede el permiso para revelar mi nombre, Número de Seguro Social, dirección y número de teléfono a la compañía telefónica con el propósito de recibir un descuento en mi factura de teléfono. Además, entiendo que la divulgación de mi Número de Seguro Social es voluntaria y no obligatoria, y sólo será utilizada para el propósito indicado en este documento.

_____ _____

Mi Firma como Jefe del Hogar **Fecha**

POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DEL PROGRAMA LIFELINE ANTES DE FIRMAR A CONTINUACIÓN:

- **Lifeline es un beneficio federal y hacer declaraciones falsas intencionalmente para obtener el beneficio puede resultar en multas, encarcelamiento, ser excluido de la suscripción o ser eliminado del programa.**
- **Sólo un servicio Lifeline está disponible por hogar. Para los fines del programa Lifeline un hogar se define como cualquier individuo o grupo de individuos que viven juntos en la misma dirección y comparten ingresos y gastos.**
- **Un hogar no está autorizado para recibir asistencia de Lifeline de múltiples proveedores de servicios telefónicos. Esto incluye tanto proveedores de servicios móviles como de línea fija.**
- **Entiendo que si estoy recibiendo actualmente beneficios de Lifeline de otra compañía, mediante la presentación de este formulario estoy de acuerdo con suspender la recepción que otras compañías se benefician y en lugar de recibir mi uno de los beneficios Lifeline de CenturyLink.**
- **La violación de la limitación de un servicio por hogar constituye una violación de las normas de la Comisión Federal de Comunicaciones y dará lugar a que el suscriptor sea excluido del programa y a que potencialmente sea perseguido por el gobierno de los EE.UU.**
- **Lifeline es un beneficio no transferible y el suscriptor no podrá transferir su beneficio a ninguna otra persona.**

CADA UNA DE LAS SIGUIENTES CERTIFICACIONES DEBE ESTAR MARCADA PARA PODER RECIBIR LIFELINE. SI ALGUNA DE LAS CERTIFICACIONES SIGUIENTES NO ES MARCADA, SU FORMULARIO DE APLICACIÓN SERÁ RECHAZADO.

Certifico, bajo pena de perjurio, que:

MARQUE CADA CASILLA

☐ Entiendo y doy mi consentimiento a CenturyLink para proporcionar la información de la cuenta de mi servicio Lifeline, incluyendo pero no limitado a, mi nombre, dirección residencial, número de teléfono, fecha de nacimiento; últimos 4 dígitos de mi número de seguro social, fecha en la que mi servicio Lifeline comenzó/terminó, cantidad de asistencia proporcionada por Lifeline, y los medios por los cuales he calificado para Lifeline, a la Compañía de Servicio Universal Administrativo (USAC), agentes de USAC y/o la Base de Datos Nacional de Reclamos de Lifeline para garantizar la correcta administración del programa Lifeline. Entiendo que si no doy este consentimiento, CenturyLink me negará el servicio Lifeline.

☐ Mi hogar cumple con los criterios de elegibilidad basados en programas o en ingresos según lo indicado anteriormente.

☐ Debo notificar a CenturyLink en un plazo de 30 días si por alguna razón mi hogar ya no cumple los criterios para recibir asistencia de Lifeline. Esto incluye si ya no cumplo con los criterios basados en ingresos o en programas para recibir asistencia de Lifeline, si estoy recibiendo más de un beneficio de Lifeline, si otro miembro de mi hogar está recibiendo un beneficio de Lifeline, o si por cualquier otra razón, mi hogar ya no satisface los criterios para recibir asistencia de Lifeline. El no notificar a CenturyLink puede resultar en multas y en ser eliminado del programa.

☐ Debo notificar a CenturyLink en un plazo de 30 días si me mudo a una nueva dirección.

☐ Sólo un beneficio del servicio Lifeline está disponible por hogar. A mi leal saber y entender, mi familia no está recibiendo ya un servicio de Lifeline.

☐ Entiendo que mi servicio Lifeline de CenturyLink no es transferible. No podré transferir mi servicio a otra persona, incluyendo a otro consumidor de bajos ingresos que sea elegible.

☐ Entiendo que el proporcionar información falsa o fraudulenta para recibir asistencia de Lifeline es penado por la ley.

☐ Entiendo que puedo ser requerido para volver a certificar la elegibilidad de mi hogar para asistencia de Lifeline en cualquier momento y que la imposibilidad de volver a certificar mi elegibilidad continua resultará en la eliminación de la suscripción y la terminación de asistencia de Lifeline para mi hogar.

☐ La información contenida en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

_____ Fecha: _____

Firma del Aplicante para el Programa Lifeline
(Debe ser el titular de la cuenta de CenturyLink que aparece en la parte superior de la página uno)

Por favor envíe esta aplicación completa y los documentos de apoyo a:
Arizona Department of Economic Security –
Division of Aging and Adult Services
Senior Telephone Discount Program – 950A
P.O. Box 6123
Phoenix, AZ 85005-6123

Si tiene preguntas acerca de STDP, por favor llame a DES-DAAS al 1-602-542-4446 o al 1-800-582-5706

Por favor complete y envíe la Hoja de Trabajo sobre Hogares que aparece más abajo. Esto nos ayudará a responder con prontitud su solicitud de beneficios de Lifeline.

1. En algunas direcciones hay varios hogares individuales. Un hogar se define como un grupo de individuos que viven juntos en la misma dirección, y que comparten ingresos y gastos. Por ejemplo, los apartamentos en un edificio de apartamentos suelen ser hogares independientes. Las personas que viven en un hogar de ancianos pueden ser consideradas hogares independientes. ¿Hay adultos viviendo en su dirección que **no** son parte de su hogar?
   _____**SÍ** _____**NO**

   - Sí marcó **SÍ**, por favor lea y escriba sus iniciales en la línea A en la casilla de certificación a continuación. Después, continúe con la pregunta #2.
   - Sí marcó **NO**, por favor continúe con la pregunta #2.

2. ¿Además de usted, hay individuos viviendo en su dirección que son parte de su hogar? Puede incluir su esposo(a), pareja de hecho, un familiar adulto, o un compañero de cuarto. _____ **SÍ** _____**NO**

   - Sí marcó **SÍ**, por favor continúe con la pregunta #3.
   - Sí marcó **NO**, no necesita responder las preguntas restantes. Por favor lea y escriba sus iniciales en la línea B en el cuadro de certificación más abajo, y firme y escriba la fecha en la hoja de trabajo.

3. ¿Algún miembro de su familia, incluyéndolo a usted, actualmente recibe descuentos de Lifeline en otro teléfono fijo o móvil? _____**SÍ** _____**NO**

   - Sí marcó **SÍ**, su hogar no es elegible para otro descuento de Lifeline. Por favor no envíe esta aplicación. Si los otros descuentos de Lifeline son descontinuados, usted puede enviar una aplicación en ese momento.
   - Sí marcó **NO**, por favor escriba sus iniciales en la línea B a continuación, y firme y escriba la fecha en la hoja de trabajo y devuélvala por correo.

CERTIFICACIÓN

Por favor escriba sus iniciales en las siguientes certificaciones basado en sus respuestas a las tres preguntas anteriores, firme y escriba la fecha en esta hoja de trabajo

A. ____ Certifico que vivo en una dirección ocupada por hogares múltiples.

B. ____ Entiendo que la violación del requisito de un servicio por hogar está en contra de las reglas de la Comisión Federal de Comunicaciones y puede resultar en la pérdida de mis beneficios de Lifeline y, potencialmente, en el procesamiento por el gobierno de los Estados Unidos.

Firma_____ Fecha_____

[1] Para propósitos del programa Lifeline, un hogar se define como un individuo o grupo de individuos que viven juntos en la misma dirección y que comparten ingresos y gastos.