

# Programa de Lifeline: Formulario de Aplicación



## 1. Sobre Lifeline

Lifeline es un beneficio federal que reduce el costo mensual de servicio telefónico o de internet.

### Reglas

Si calificas, tu hogar puede obtener Lifeline para servicio de teléfono o internet, pero no ambos.

- Si obtienes Lifeline para servicio telefónico, puedes obtener el beneficio para un teléfono móvil o telefonía fija, pero no para los dos.
- Si obtienes Lifeline para servicio de internet, puedes obtener el beneficio para internet móvil o internet fijo, pero no para los dos.
- Si obtienes Lifeline para un paquete de servicio de teléfono e internet, puedes obtener el beneficio para un paquete de teléfono móvil o un paquete residencial, pero no para los dos.

Tu hogar no puede obtener Lifeline a través de más de una compañía telefónica o de internet.

Sólo se permite un beneficio de Lifeline por hogar, **no por persona**. Si más de una persona en tu hogar recibe Lifeline, estas infringiendo las reglas de la FCC y perderás tu beneficio.

### ¿Qué es un hogar?

Un hogar es un grupo de personas que viven juntas y comparten ingresos y gastos (aunque no sean parientes).

### No le des tu beneficio a otra persona

Lifeline no es transferible. No puedes darle tu beneficio de Lifeline a otra persona, aunque califique.

### Se honesto en este formulario

Tienes que dar información precisa y verdadera en este formulario y en todos los formularios o cuestionarios relacionados con Lifeline. Si das información falsa o fraudulenta, perderás tu beneficio de Lifeline (es decir, cancelación de tu suscripción o exclusión del programa) y el gobierno de los Estados Unidos podrá tomar acciones legales en tu contra. Esto puede incluir (pero no limitado a) multas o encarcelamiento.

### Es posible que necesites mostrar otros documentos

Si tu compañía de teléfono o internet no puede comprobar que tú o alguien en tu hogar califica usando solamente este formulario y bases de datos, es posible que necesites mostrar un documento oficial de uno de los programas de gobierno que califican o demostrar a tus ingresos anuales. Puedes entregar copias de tus documentos oficiales con esta aplicación o esperar hasta que tu compañía de teléfono o internet te los pida. Para agregarlos ahora, incluye a los documentos en la opción 1 o la opción 2:

1. Si calificas a través de un programa de gobierno: copias de tu tarjeta de identificación estatal y de un documento oficial del programa que estas usando para calificar (tu tarjeta SNAP, tarjeta de Medicaid, o otro)
2. Si calificas a través de tus ingresos: copias de tu tarjeta de identificación estatal y comprobantes de pago para 3 meses consecutivos (o otros documentos aceptados)

Visita a [lifelinesupport.org](http://lifelinesupport.org) para ver la lista completa de documentos aceptados.

### Aplicar

Para aplicar por un beneficio de Lifeline, llena todas las secciones de este formulario requeridas, ingresa sus iniciales en cada declaración del acuerdo, y firma la última página.

Para aplicar, trae o envía por correo este formulario a tu compañía de teléfono o internet.

# Programa de Lifeline: Formulario de Aplicación



## 2. Tu información

Todos los campos son obligatorios a menos que se indique. Use solo letras mayúsculas y tinta negra para llenar este formulario.

**¿Cuál es tu nombre legal completo?**  
El nombre que usas en documentos oficiales, como tu tarjeta de Seguro Social o identificación estatal. No uses un apodo.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Segundo Nombre (opcional)

--	--	--	--

Sufijo (opcional)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apellido

**¿Cuál es tu número de teléfono (si tienes uno)?**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**¿Cuál es tu fecha de nacimiento?**

--	--	--	--	--	--	--	--

Mes          Día          Año

**¿Cuál es tu dirección de correo electrónico (si tienes una)?**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**¿Cuáles son los últimos 4 números de tu Número de Seguro Social (SSN)?**

--	--	--	--

Si no tienes un SSN, cuál es tu Número de Identificación Tribal?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**¿Cuál es la mejor manera de contactarte?**

correo electrónico     teléfono     mensaje de texto     correo

# Programa de Lifeline: Formulario de Aplicación



## 2. Tu información (continuación)

\*Las tierras tribales incluyen cualquier reserva, pueblo, o colonia reconocida federalmente como tribu indígena, incluyendo reservas anteriores en Oklahoma; regiones nativas de Alaska establecidas de acuerdo con la Alaska Native Claims Settlement Act (85 Stat. 688); asignaciones indias; Hawaiian Home Lands—áreas mantenidas en fideicomiso para los Hawaianos nativos por el estado de Hawaii, de acuerdo con la Hawaiian Homes Commission Act, 1920 July 9, 1921, 42 Stat. 108, et. seq., en su forma modificada; y cualquier terreno designado como tal por la Comisión para los propósitos de esta parte de acuerdo con el proceso de designación en las reglas de Lifeline de la FCC.

**¿Cuál es la dirección de tu casa?** (La dirección donde vas a recibir el servicio. No uses un P.O. Box)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número y Nombre de Calle

--	--

Dpto., Unidad, Otro                      Ciudad

--	--

Estado                      Código Postal

**¿Es una dirección temporal?**     Sí     No    **Marca esta casilla si vives en tierras Tribales\***

**¿Cuál es tu dirección postal?** (Solo llena esta sección si no es la misma que tu casa)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número y Nombre de Calle

--	--

Dpto., Unidad, Otro                      Ciudad

--	--

Estado                      Código Postal

Programa de Lifeline:  
**Formulario de Aplicación**



# 2. Tu información (continuación)

Solo llena a esta sección si estas aplicando a través de un hijo o dependiente.

<input type="checkbox"/> Marca esta casilla si estas calificando a través de tu hijo o un dependiente en tu hogar. Si es así, contesta a las siguientes preguntas:																																							
¿Cuál es el nombre legal completo de tu hijo o dependiente?																																							
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																							
Nombre																																							
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Segundo Nombre (opcional)												Sufijo (opcional)																											
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																							
Apellido																																							
¿Cuál es su fecha de nacimiento?																																							
<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																	
Mes		Día		Año																																			
¿Cuáles son los últimos 4 números del Número de Seguro Social (SSN) de tu hijo o dependiente?																																							
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																							
Si usted no tiene un número de Seguro Social, ¿cuál es su Número de Identificación Tribal?																																							
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																							

# Programa de Lifeline: Formulario de Aplicación



## 3. Califica para Lifeline

Llena esta sección para demostrar que tú, tu dependiente, o alguien de tu hogar califica para Lifeline.

Puedes calificar a través de algunos programas de asistencia de gobierno o a través de tus ingresos (no necesitas calificar a través de los dos).

### Califica a través de un programa de gobierno:

**Marca a todos los programas que tu o alguien en tu hogar tiene:**

- Programa de Asistencia para Nutrición Suplementaria (SNAP) (Estampillas para Alimentos)
- Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)
- Medicaid
- Asistencia Federal para la Vivienda Pública (FPHA)
- Beneficio de Pensión para Veteranos y Sobrevivientes

**Programas Específicos Para Tribus**

- Asistencia General del Bureau of Indian Affairs (BIA)
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas de Tribus (TANF Tribal)
- Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR)
- Head Start (solo los hogares que cumplen con el estándar de ingresos)



### Califica a través de tus ingresos:

(Sólo llena este formulario si no calificas a través de un programa de gobierno.)

¿Incluyéndote a ti, cuántas personas viven en tu hogar? (marca una casilla)	¿Tus ingresos son iguales o menores que la cantidad enumerada para tu estado y tamaño del hogar? (Solo marca sí o no a lado de la cantidad que le corresponde al tamaño de tu hogar)			
	Todos los 48 estados y DC (no Alaska y Hawái)	Alaska	Hawái	
<input type="checkbox"/> 1	\$16,389	\$20,493	\$18,846	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> 2	\$22,221	\$27,783	\$25,555.50	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> 3	\$28,053	\$35,073	\$32,265	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> 4	\$33,885	\$42,363	\$38,974.50	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> 5	\$39,717	\$49,653	\$45,684	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> 6	\$45,549	\$56,943	\$52,393.50	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> 7	\$51,381	\$64,233	\$59,103	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> 8	\$57,213	\$71,523	\$65,812.50	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Si son más de 8, agrega esta cantidad por cada persona adicional:	Agrega \$5,832	Agrega \$7,290	Agrega \$6,709.50	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**135% de las Guías Federales de Pobreza 2018**  
\*Las Guías de Pobreza Federal se actualizan típicamente a fines de enero.

# Programa de Lifeline: Formulario de Aplicación



## 4. Acuerdo

**Acepto, bajo pena de perjurio, las siguientes declaraciones:**

*Ingresas tus iniciales junto a cada declaración.*

Iniciales Actualmente, yo (o mi dependiente u otra persona en mi hogar) recibo beneficios del programa de gobierno enumerada en este formulario o los ingresos anuales de mi hogar son iguales o menores al 135% de las Guías Federales de Pobreza (la cantidad enumerada en la tabla de Guías Federales de Pobreza en este formulario).

Iniciales Estoy de acuerdo en que si me mudo, le daré a mi proveedor de servicios mi nueva dirección dentro de 30 días.

Iniciales Entiendo que necesito informar a mi proveedor de servicios dentro de 30 días si ya no califico para Lifeline, incluyendo:

- 1) Yo, o la persona de mi hogar que califica, ya no califico a través de un programa de gobierno o de ingresos.
- 2) Yo o alguien en mi hogar recibe más de un beneficio de Lifeline (incluyendo, más de un servicio de internet de banda ancha Lifeline, más de un servicio telefónico Lifeline, o los dos servicios telefónico Lifeline e internet de banda ancha Lifeline).

Iniciales Sé que mi hogar sólo puede obtener un beneficio de Lifeline y, a mi entender, mi familia no recibe más de un beneficio de Lifeline.

Iniciales Estoy de acuerdo en que mi proveedor de servicios pueda darle al administrador del Programa de Lifeline toda la información que estoy dando en este formulario. Entiendo que esta información está destinada a ayudar a ejercer al Programa de Lifeline y que si no permito que lo entreguen al administrador, no podré obtener los beneficios de Lifeline.

Iniciales Todas las respuestas y acuerdos que he escrito en este formulario son verdaderos y correctos a mi entender.

Iniciales Sé que dar información falsa o fraudulenta voluntariamente para obtener beneficios del Programa de Lifeline es castigable por la ley y puede resultar en multas, tiempo de cárcel, la cancelación de mi suscripción, o exclusión del programa.

Iniciales Es posible que en cualquier momento, mi proveedor de servicios tenga que comprobar si todavía califico. Si necesito recertificar (renovar) a mi beneficio de Lifeline, entiendo que tengo que responder antes de la fecha límite o que me eliminarán del Programa de Lifeline y mi beneficio Lifeline parara.

Iniciales Yo fui sincero cuando indique si vivo o no vivo en tierras tribales, como se define en la sección 2 de este formulario.

Doy mi consentimiento para que USAC me contacte en mi número de teléfono de Lifeline para recibir recordatorios y actualizaciones importantes sobre mi servicio de Lifeline. Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos. Envíe STOP por mensaje de texto para detener a los mensajes.

<b>Firma</b>	<b>Fecha de hoy</b>
<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>

## Programa de Lifeline: Formulario de Aplicación



### 5. Información del Agente

Responde sólo si un agente de ventas entrega este formulario.

<b>¿Cuál es el nombre legal completo del agente?</b> El nombre que usa en los documentos oficiales, como su tarjeta de Seguro Social o identificación estatal. No uses un apodo.																											
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																											
Nombre																											
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
Segundo Nombre (opcional)																				Sufijo (opcional)							
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																											
Apellido																											
<b>¿Cuál es el número de identificación del agente?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>														<b>¿Cuál es la fecha de nacimiento del agente?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>													
														Mes		Día		Año									

# Programa de Lifeline: Formulario de Aplicación



## Notificación

**NOTIFICACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES:** la sección 54.410 de las normas de la Comisión Federal de Comunicaciones (Federal Communications Commission, FCC) exige que todos los suscriptores de Lifeline demuestren su elegibilidad para recibir los servicios de Lifeline. Esta recopilación de información se deriva de la autoridad de la Comisión según la Sección 254 de la Ley de Comunicaciones de 1934, en su forma enmendada, Título 47 del Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C.) sección 254. Usando esta autoridad, la FCC designó a la Compañía Administrativa de Servicio Universal (Universal Service Administrative Company, USAC) como la administradora permanente de Lifeline. La FCC publicó las normas que detallan cómo los consumidores pueden calificar para los servicios de Lifeline y cuáles servicios pueden recibir (título 47 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR], sección 54.400 et seq.). La USAC utilizará la información proporcionada en respuesta a esta recopilación de información para verificar la elegibilidad del solicitante para los servicios de Lifeline.

Estimamos que cada respuesta a esta recopilación de información tomará, en promedio, entre 0.25 y 0.75 horas. Nuestra estimación incluye el tiempo para leer las preguntas, examinar los registros existentes, recopilar la información necesaria y en efecto completar y revisar el formulario o la respuesta. Si tiene algún comentario sobre esta estimación, o sobre cómo podemos mejorar la recopilación y reducir la carga que representa para usted, escriba a la Comisión Federal de Comunicaciones, a la Oficina del Director General de la División de Evaluación del Desempeño y Gestión de Registros (Office of Managing Director-Performance Evaluation and Records Management, OMD-PERM), Proyecto de Reducción de Trámites (3060-0819), Washington, D.C. 20554. También aceptaremos sus comentarios a través de Internet si los envía a PRA@fcc.gov. NO ENVÍE Las formas LLENOS DE RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN A ESTA DIRECCIÓN.

Recuerde – no es necesario que responda a una recopilación de información patrocinada por el gobierno federal y el gobierno no puede realizar ni patrocinar esta recopilación, a menos que muestre un número de control vigente de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). A esta recopilación se le asignó el número de control de la OMB 3060-0819.

La Comisión está autorizada, de acuerdo con la Ley de Comunicaciones de 1934, en su forma enmendada, a recopilar la información que solicitamos en este formulario. Si creemos que puede haber una violación o posible violación de un estatuto o reglamento, norma u orden de la Comisión, su respuesta podría remitirse a la agencia federal, estatal o local responsable de investigar, enjuiciar, hacer cumplir o implementar el estatuto, norma, regulación u orden.

Si no proporciona la información que solicitamos en este formulario, usted no será elegible para recibir los servicios de Lifeline, de acuerdo con las normas del programa Lifeline, título 47 del C.F.R., sección 54.400-54.423.

La Ley de Reducción de Trámites de 1995, P.L. No. 104-13, título 44 del U.S.C., sección 3501, et seq, exige la notificación que precede

**DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD:** la Ley de Privacidad es una ley que exige que la Comisión Federal de Comunicaciones (FCC) y la Compañía Administrativa de Servicio Universal (USAC) expliquen por qué le pedimos a las personas información personal y lo que vamos a hacer con esta información una vez que la recopilamos.

Autoridad: la Sección 254 de la Ley de Comunicaciones (título 47 del U.S.C., sección 254), en su forma enmendada, autoriza a la FCC a operar el programa Lifeline. Usando esta autoridad, la FCC designó a la USAC como la administradora permanente de Lifeline. La FCC publicó las normas que detallan cómo los consumidores pueden calificar para los servicios de Lifeline y cuáles servicios pueden recibir (título 47 del CFR, sección 54.400 et seq.).

**Propósito:** recopilamos esta información personal para que podamos verificar que usted califica para el programa Lifeline y para que podamos brindarle de manera eficiente los servicios de Lifeline. Accedemos, mantenemos y utilizamos su información personal de la manera descrita en la Notificación del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) de Lifeline, FCC/WCB-1, que publicamos en 82 Fed. Reg. 38686 (15 de agosto de 2017).

**Usos de rutina:** podemos compartir la información personal que ingrese en este formulario con otras partes para fines específicos, tales como: con contratistas que nos ayudan a operar el programa Lifeline; con otras agencias gubernamentales federales y estatales que nos ayudan a determinar su elegibilidad para Lifeline; con las compañías de telecomunicaciones que le brindan el servicio de Lifeline; y con fuerzas policiales y otros funcionarios que investigan posibles violaciones de las normas de Lifeline.

Una lista completa de las formas en que podemos usar su información se publica en la SORN de Lifeline descrita en el párrafo “Propósito” de esta declaración.

**Divulgación:** usted no está obligado a proporcionar la información que solicitamos en este formulario, pero si no lo hace, no será elegible para recibir los servicios de Lifeline según las normas del programa Lifeline, título 47 del C.F.R., sección 54.400-54.423.