



Estado de Utah
Department of Workforce Services
**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA
LIFELINE**

Seleccione su proveedor de las siguientes listas.

Proveedores de Teléfonos Fijos (de Líneas por Tierra):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> All West Communications | <input type="checkbox"/> CenturyLink Qwest Corp | <input type="checkbox"/> Navajo Comm Co |
| <input type="checkbox"/> Bear Lake Communications | <input type="checkbox"/> Direct Communications | <input type="checkbox"/> Skyline Telecom |
| <input type="checkbox"/> Beehive Telephone | <input type="checkbox"/> Emery Telephone | <input type="checkbox"/> South-Central UT Telephone |
| <input type="checkbox"/> Carbon Emery Telecom | <input type="checkbox"/> Gunnison Telephone | <input type="checkbox"/> UBTA-UBET (Strata) Comm |
| <input type="checkbox"/> Central Utah Telephone | <input type="checkbox"/> Hanksville Telcom Inc. | <input type="checkbox"/> Union Telephone |
| <input type="checkbox"/> Citizens (Frontier) Telecom Co. | <input type="checkbox"/> Manti Telephone Company | |

Proveedores de Servicios Inalámbricos:

- | | | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> I-Wireless LLC | <input type="checkbox"/> Smith Bagley | <input type="checkbox"/> Sprint Spectrum | <input type="checkbox"/> Virgin Mobile USA | <input type="checkbox"/> Tracfone Wireless |
|---|---------------------------------------|--|--|--|

Número Telefónico (incluya el código de área): _____

Por favor marque una casilla: Teléfono Fijo (Línea por Tierra) Teléfono Celular de Negocios

Por favor responda en forma completa. Las respuestas inexactas o incompletas pueden causar que su solicitud sea rechazada. La información en esta solicitud será usada solamente para evaluar su elegibilidad para el Programa de Asistencia Lifeline. Puede encontrar instrucciones en la página 3 de esta solicitud.

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Jr. Sr.

Número de Seguro Social o Número de Identificación Tribal: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Domicilio donde se ubica el servicio, Condado, Ciudad, Estado y Código Postal:

(No se Permiten Casillas Postales) _____

Por favor marque una de las siguientes casillas: Dirección Permanente Dirección Temporal

Dirección de Facturación (si es diferente de la dirección de servicio): _____

Condado, Ciudad, Estado y Código Postal (Se permiten Casillas Postales): _____

Por favor marque una de las siguientes casillas: Dirección Permanente Dirección Temporal

ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA: POR FAVOR MARQUE los programas en los cuales ya sea usted o alguien más en su familia está participando actualmente y adjunte una copia de sus documentos de elegibilidad: (Si califica por bajos ingresos, vea la sección de Guía de Ingresos abajo)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asistencia con Energía para el Hogar (HEAT/HELP) | <input type="checkbox"/> Medicaid |
| <input type="checkbox"/> Ingresos de Seguro Social Suplementario (SSI) | <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia con Almuerzos Escolares Gratis (no reducidos) |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) | <input type="checkbox"/> Asistencia General (GA) |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Federal de Viviendas Públicas incluyendo la Sección 8 | <input type="checkbox"/> Asistencia Alimenticia (SNAP) |
| <input type="checkbox"/> Asistencia para Refugiados | <input type="checkbox"/> Head Start (estándar de calificación por ingresos solamente) |

Si la persona que está participando en uno de los programas de arriba es alguien en su familia que no es usted, provea su nombre y certifique que él/ella es un miembro de su familia:

Nombre Completo del/la Participante en el Programa(Favor de usar letras de imprenta)	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
--	---------------------	-------------------------

_____ (Iniciales) Yo certifico que el participante de este programa es un miembro de mi familia.

GUÍA DE INGRESOS: Si usted o un miembro de la familia no participan en uno de los programas arriba, es posible que todavía califique para el Programa de Asistencia Lifetime basado en el tamaño y los ingresos de su familia. Vea la tabla de ingresos, y complete la sección abajo. Los ingresos se definen como todos los ingresos efectivamente recibidos por todos los miembros de la familia.

Obligatorio: ¿Cuántas personas viven en su hogar? _____ (vea la lista de verificación en la página 3 para ver los documentos apropiados). Marque la casilla para mostrar las fuentes de ingresos para cada miembro de la familia y anote su ingreso mensual o anual.

Nombre de la persona que percibe el ingreso	Salario (antes de los impuestos)	Beneficios de Seguro Social	Empleo por cuenta propia (neto)	Desempleo / Worker's Comp. (Ingresos por Accidente)	Beneficios a Excombatientes/ Jubilación	Pagos de Sustento Infantil (Child Support)/ (Pensión Alimenticia) Alimony	Otro (por favor explique)	Ingreso Mensual o Anual
								\$
INGRESOS TOTALES								\$

TABLA DE INGRESOS:

*Agregue \$446 al mes por cada miembro adicional	Tamaño de la Familia	Ingreso Mensual	Tamaño de la Familia	Ingreso Mensual
	1	\$1,257	3	\$2,148
	2	\$1,702	4	\$2,593

Después de completar este formulario, por favor envíe esta solicitud completa por correo con cualquier documentación de apoyo (los documentos originales no se devuelven) a:
Department of Workforce Services
Utah Telephone Assistance Program (UTAP) • PO Box 147140, Salt Lake City, UT 84114-7140
Teléfono: 801-526-9272 • Número Gratis: 1-800-948-7540 • Fax: 801-526-9292

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE LIFELINE

POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE IMPORTANTE INFORMACIÓN ACERCA DEL PROGRAMA LIFETIME ANTES DE FIRMAR ABAJO:

- Lifeline es un programa federal y el hacer declaraciones falsas en forma intencional para obtener los beneficios puede resultar en multas, encarcelamiento, exclusión o descalificación del programa.
- Sólo se hace un beneficio de Lifetime disponible por familia. Para los propósitos del programa Lifeline una familia se define como cualquier individuo o grupo de individuos quienes viven juntos en el mismo domicilio y comparten los ingresos y los gastos.
- No se permite que una familia reciba asistencia Lifetime de múltiples proveedores de servicio telefónicos. Esto incluye ambos proveedores de servicio inalámbrico y de teléfono fijo.
- La violación al límite de uno por familia constituye una violación a las reglas de la Comisión de Comunicaciones Federales (FCC) y resultará en la descalificación del participante del programa y potencial enjuiciamiento por el Gobierno de los EE.UU. o Gobierno Estatal.
- Lifeline no es un beneficio transferible y el subscriptor no puede transferir su beneficio a ninguna otra persona.

Yo certifico bajo pena de perjurio que (por favor lea y ponga sus iniciales en cada una de las siguientes declaraciones):

_____ Mi familia cumple con los requisitos del programa o de ingresos para recibir la asistencia Lifeline de acuerdo a lo establecido por el Public Service Commission of Utah en el reglamento 746-341 y como se provee en la orden 54.409 del FCC.

_____ Yo debo notificar al Utah Telephone Assistance Program (UTAP) y a mi proveedor de telecomunicaciones dentro de 30 días si por cualquier razón mi familia ya no cumple con los requisitos del beneficio Lifeline. Esto incluye a) mi familia ya no cumple con los requisitos de ingresos del beneficio Lifeline; b) Estoy recibiendo más de un beneficio de Lifeline o, c) Otro miembro de mi familia está recibiendo un beneficio de Lifeline..

_____ Yo entiendo que si estoy tratando de calificar para el beneficio Lifeline como un residente elegible de Territorios Tribales (Tribal Lands) que mi familia vive en Territorios Tribales como se define por el código federal 54.400I.

_____ Yo entiendo que si me mudo a una nueva dirección que debo notificar a UTAP y a mi proveedor de telecomunicaciones dentro de 30 días y proveer mi dirección nueva.

_____ Yo entiendo que si proveí una dirección residencial temporaria que se me requerirá que verifique mi residencia temporaria cada 90 días con la oficina de UTAP.

Pregunta 4. ¿Hay algún miembro de su familia incluyéndose usted mismo, que esté recibiendo beneficios de Lifeline en este momento ya sea para un teléfono fijo o de servicio inalámbrico?..... SI NO

- Si usted respondió **SI**, su familia no califica para tener otro descuento de Lifeline. Por favor no presente esta solicitud. Si los otros servicios de descuentos de Lifeline son descontinuados, usted puede presentar una solicitud en ese momento.
- Si usted respondió **NO**, ponga sus iniciales en la línea B abajo, su firma y fecha en la hoja de cálculo y envíela de vuelta.

CERTIFICACIÓN

Por favor ponga sus iniciales en las certificaciones abajo basado en las respuestas a las tres preguntas arriba, firme y ponga la fecha en esta hoja de cálculo.

A. ____ Yo certifico que vivo en una dirección ocupada por familias múltiples.

B. ____ Yo entiendo que la violación del requisito de un beneficio por familia es en contra de los reglamentos de la Comisión de Comunicaciones Federal (FCC) y que puede resultar en la pérdida de beneficios y potencialmente en el enjuiciamiento por el gobierno de los Estados Unidos de América.

Firma del Solicitante de la Asistencia Lifeline

Fecha

LISTA DE VERIFICACIÓN DE SOLICITUD – Por favor provea lo siguiente:

- Formulario de solicitud de Lifeline firmado y completo.
- Si está solicitando la asistencia basado en la elegibilidad del programa, provea una copia de su tarjeta de identificación de un programa o documentos de otra agencia de servicio social que demuestre participación actual. Se necesitan documentos de por lo menos un programa como prueba de elegibilidad.
- Si está solicitando la asistencia basado en el tamaño y los niveles de ingresos de la familia, provea una copia de los siguientes documentos:
 - La declaración de impuestos federal, estatal o tribal del año anterior.
 - Declaración de ingresos actuales de su empleador.
 - Talones de cheques de pago de tres meses consecutivos dentro de los doce meses anteriores.
 - Declaración de beneficios del Seguro Social.
 - Declaración de beneficios de la Administración de Excombatientes (V.A.)
 - Declaración de beneficios de jubilación o pensión.
 - Declaración de beneficios del Seguro de Desempleo o de Workers Compensation (Accidentes Laborales)
 - Carta de Participación en la Asistencia General (G.A.). Notificación de participación federal o tribal para la asistencia general.
 - Decreto de Divorcio o documentación del Sustento de Menores (Child Support) que contenga información de ingresos.

Programa/Empleador No Discriminatorio

Servicios y ayuda auxiliar se encuentran disponibles para personas minusválidas bajo petición al llamar al (801) 526-9240. Las personas con impedimentos en el habla y /o sordera pueden marcar el número 711 (Relay Utah). Para asistencia en Español, marque el número 1-888-346-3162.