

# 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 califica, su hogar puede obtener Lifeline para servicio de teléfono o internet, pero no ambos.

- Si obtiene Lifeline para servicio telefónico, puede obtener el beneficio para un teléfono móvil o telefonía fija, pero no para los dos.

Si obtiene Lifeline para servicio de internet, puede obtener el beneficio para internet móvil o internet fijo, pero no para los dos.

Si obtiene Lifeline para un paquete de servicio de teléfono e internet, puede obtener el beneficio para un paquete de teléfono móvil o un paquete residencial, pero no para los dos.

Su 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 su hogar recibe Lifeline, esta infringiendo las reglas de la FCC y perderá su 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 de su beneficio a otra persona

Lifeline no es transferible. No puede darle su beneficio de Lifeline a otra persona, aunque califique.

### Se honesto en este formulario

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

### Es posible que necesite mostrar otros documentos

Si el Administrador del Programa Lifeline no puede validar que usted o alguien en su hogar califica usando este formulario en conjunto con bases de datos electrónicas, es posible que tenga que presentar documentación adicional. Los documentos deberían ser oficiales y aprobados por el gobierno como participantes del Programa Lifeline; la segunda opción sería demostrar evidencia de su ingreso anual. El Administrador de Lifeline se comunicará con usted con más instrucciones si se requieren más documentos. Puede enviar copias de sus documentos oficiales con esta solicitud o esperar hasta que el Administrador del Programa Lifeline se los solicite. Para agregarlos ahora, incluya los documentos en la opción 1 o la opción 2 siguiente:

1. Si califica a través de un programa gubernamental, presente una carta de sus beneficios siendo aprobados; esta carta puede ser una copia. La carta debería demostrar los siguientes requisitos: su nombre o el nombre de la persona en su hogar que califica; el nombre del programa; la fecha de efectividad, la cual debería ser dentro de los últimos 12 meses o próximos 12 meses; la fecha de expiración.
2. Si califica a través de sus ingresos, presente: una copia de la declaración de impuestos estatal, federal o tribal del año anterior; una copia de una declaración de ingresos actual de un empleado o talonario de pagos demostrando 3 meses consecutivos (u otros documentos aceptados).

Visite [lifelinesupport.org](http://lifelinesupport.org) para ver todas las pautas de documentos aceptables.

### Aplicar

Para aplicar por el beneficio de Lifeline, llene todas las secciones requeridas en este formulario, ingrese sus iniciales en cada casilla reconociendo que esta de acuerdo con las declaraciones, y firme en la página 6.

Envíe por correo el formulario a esta dirección:

**USAC**  
**Lifeline Support Center**  
**P.O. Box 7081**  
**London, KY 40742**

Programa de Lifeline:  
Formulario de Aplicación



## 2. Su información

Todas las secciones son obligatorias a menos que se indique. Use sólo letras mayúsculas y tinta negra para llenar este formulario.

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

Nombre

Segundo Nombre (opcional) Sufijo (opcional)

Apellido

**¿Cuál es su número de teléfono (si tiene uno)?** **¿Cuál es su fecha de nacimiento?**

Mes      Día      Año

**¿Cuál es su dirección de correo electrónico (si tiene una)?**

**¿Cuáles son los últimos 4 números de su Número de Seguro Social (SSN)?**  
¿Si no tiene un SSN, cuál es su Número de Identificación Tribal?

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

correo electrónico      teléfono      mensaje de texto      correo

\*Si selecciono la opción de teléfono o mensaje de texto, autorizo a USAC para que se comunique conmigo vía el teléfono de Lifeline para recibir recordatorios importantes y actualizaciones de mi servicio Lifeline.

Si selecciono la opción de mensaje de texto, ciertas tarifas de mensajes y datos se pueden ser aplicadas.

Envía STOP para suspender los mensajes.

Programa de Lifeline:  
Formulario de Aplicación



## 2. Su 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.

**¿Cual es la dirección de su casa?** (Su dirección residencial, no una dirección postal.)

Número y Nombre de Calle

Dpto., Unidad, Otro Ciudad

Estado Código Postal

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

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

Número y Nombre de Calle

Dpto., Unidad, Otro Ciudad

Estado Código Postal

Programa de Lifeline:  
Formulario de Aplicación



## 2. Su información (continuación)

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

Marque esta casilla si califica a través de su hijo o un dependiente en su hogar. Si es así, conteste a las siguientes preguntas:

**¿Cuál es el nombre legal completo de su hijo o dependiente?**

Nombre

Segundo Nombre (opcional)

Sufijo (opcional)

Apellido

**¿Cuál es su fecha de nacimiento?**

Mes

Día

Año

**¿Cuáles son los últimos 4 números del Número de Seguro Social (SSN) de su hijo o dependiente?**

Si él/ella no tiene un número de Seguro Social, ¿cuál es su Número de Identificación Tribal?

Programa de Lifeline:  
Formulario de Aplicación



# 3. Califica para Lifeline

Llene esta sección para demostrar que usted, su dependiente, o alguien en su hogar califica para Lifeline.

Puede calificar a través de algunos programas de asistencia de gobierno o a través de sus ingresos (no necesita calificar a través de los dos).

## Califica a través de un programa de gobierno:

**Marca a todos los programas que usted o alguien en su 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 (sólo los hogares que cumplen con el estándar de ingresos)



## Califica a través de sus ingresos:

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

| ¿Incluyéndote a ti, cuántas personas viven en su hogar?<br>(marca una casilla) | ¿Sus ingresos son iguales o menores que la cantidad enumerada para su estado y tamaño del hogar?<br>(Solo marca sí o no al lado de la cantidad que le corresponde al tamaño de su hogar) |                |                |    |    |
|--|--|----------------|----------------|----|----|
|  | Todos los 48 estados y DC<br>(no Alaska y Hawái)   | Alaska         | Hawái          | Sí | No |
| 1  | \$17,226   | \$21,533       | \$19,818       |    |    |
| 2  | \$23,274   | \$29,093       | \$26,771       |    |    |
| 3  | \$29,322   | \$36,653       | \$33,723       |    |    |
| 4  | \$35,370   | \$44,213       | \$40,676       |    |    |
| 5  | \$41,418   | \$51,773       | \$47,628       |    |    |
| 6  | \$47,466   | \$59,333       | \$54,581       |    |    |
| 7  | \$53,514   | \$66,893       | \$61,533       |    |    |
| 8  | \$59,562   | \$74,453       | \$68,486       |    |    |
| Si son más de 8, agrega esta cantidad por cada persona adicional:              | Agrega \$6,048   | Agrega \$7,560 | Agrega \$6,953 | Sí | No |

**135% de las Guías Federales de Pobreza 2020**  
\*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:

*Ingrese sus iniciales junto a cada declaración.*

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:

Iniciales

- 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).

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

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.

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 parará.

Iniciales

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

Iniciales

|              |                     |
|--------------|---------------------|
| <b>Firma</b> | <b>Fecha de hoy</b> |
|--------------|---------------------|



## 5. Información del Agente

*Responde sólo si un agente de ventas entrega este formulario.*

**¿Cuál es el nombre legal completo del agente?**  
El nombre que usa en los documentos oficiales, como su tarjeta de Seguro Social o identificación estatal. No use un apodo.

Nombre

Segundo Nombre (opcional) Sufijo (opcional)

Apellido

**¿Cuál es el número de identificación del agente?** **¿Cuál es la fecha de nacimiento del agente?**

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.