



## Low-Income Telephone/Broadband Discount Program (Texas Lifeline) Enrollment Form

**The Texas Lifeline Program can provide a discount off your monthly telephone/broadband bill.**

### What should I send in along with my application?

Along with your **signed** application, you must send in documentation that shows that you are eligible for a qualified benefit (SNAP, Medicaid, etc.) or documentation showing your total household income. You must also send the completed and signed Texas Lifeline Certification Form and, if you live with multiple families, you must send the completed and signed Texas Lifeline Household Worksheet.

### What is the Texas Lifeline Discount?

The Texas Lifeline discount has two components, a state and a federal discount. The state discount is up to \$3.50 and the federal discount is up to \$9.25. The discounts received will be a reduction from your basic service charge.

### What are the qualifications for the Texas Lifeline discount?

**State qualifications:** You can qualify for the state discount if anyone in your household receives SNAP, Medicaid, CHIP, LIHEAP, Federal Public Housing Assistance, TANF, National School Lunch Program – Free Lunch Program, SSI, or have a total household income at or below 150% of the poverty guideline.

**Federal qualifications:** You can qualify for the federal discount if anyone in your household receives SNAP, Medicaid, CHIP, Federal Public Housing Assistance, SSI, Veterans Pension Benefit or Survivors Benefit or have a total household income at or below 135% of the poverty guideline.

### How do I know if I qualified for the Texas Lifeline discount?

If you provided an email address the status of your application will be sent to you as soon as we review your application. If you did not provide an email address, you will only be notified if you were not approved for the Texas Lifeline discount.

### How long will it take before I see the discount on my bills?

We determine your eligibility during the last week of each month. If the information we have on file for you (i.e., name & address) matches the information provided by your service provider then you should see your discount on your next bill. Please note that the telephone/broadband discount will be applied to your bills throughout the year.

If you do not provide a completed and signed Certification Form and Household Worksheet (if applicable), you will not receive the federal portion of the Texas Lifeline telephone/broadband discount.

### How often do I have to apply?

You need to submit an application at least every 7 months. If you are certified for the Texas Lifeline discount an application will be sent to you approximately two months prior to your expiration. If you change your address or telephone number, you should re-submit an application so that we can update your information.

**Mail the completed signed application and required documentation to:**

**Texas Lifeline  
PO Box 4060  
Killeen, Texas 76540-4060**

**You may also FAX the signed application and required documentation to 1-877-215-8018**



## Formulario de inscripción para el programa para descuento telefónico/de banda ancha para consumidores de bajos ingresos (Texas Lifeline)

**El programa Texas Lifeline puede proveer un descuento mensual en su factura de teléfono/banda ancha.**

### ¿Cuáles documentos debo adjuntar a mi solicitud?

Junto con su solicitud firmada, debe adjuntar documentación que demuestra que usted reúne los requisitos para recibir un beneficio calificado (SNAP, Medicaid, etc.) o documentación que indica los ingresos totales de su hogar. También debe enviar el Formulario de Certificación Texas Lifeline completado y firmado y, si hay múltiples familias que viven juntos en su hogar, debe enviar la planilla para el hogar de Texas Lifeline completada y firmada.

### ¿Qué es el descuento de Texas Lifeline?

El descuento de Texas Lifeline tiene dos componentes, un descuento estatal y uno federal. El descuento estatal es de hasta \$3.50, y el descuento federal es de hasta \$9.25. Los descuentos recibidos serán una reducción de su cargo por servicio básico.

### ¿Cuáles son los requisitos para el descuento de Texas Lifeline?

**Requisitos estatales:** Puede calificar para el descuento estatal si cualquiera en su hogar recibe SNAP, Medicaid, CHIP, LIHEAP, Asistencia federal para vivienda pública, TANF, programa de almuerzos gratuitos del programa nacional de almuerzos escolares, SSI o si el ingreso familiar total es igual o inferior al 150% establecido por las pautas de pobreza.

**Requisitos federales:** Puede calificar para el descuento federal si cualquiera en su hogar recibe SNAP, Medicaid, CHIP, Asistencia federal para vivienda pública, SSI, beneficios de pensión para veteranos o beneficios para sobrevivientes, o si el ingreso familiar total es igual o inferior al 135% establecido por las pautas de pobreza.

### ¿Cómo sé si soy elegible para los descuento de Texas Lifeline?

Si usted proporcionó una dirección de correo electrónico, se le enviará el resultado de su solicitud tan pronto como la revisemos. Si usted no proporcionó una dirección de correo electrónico, se le avisará únicamente si no fue aprobado para los descuento de Texas Lifeline.

### ¿Cuánto tiempo pasará hasta que vea el descuento en mis facturas?

Determinamos su elegibilidad durante la última semana de cada mes. Si la información que tenemos en sus archivos (es decir, nombre y dirección) coincide con la información proporcionada por su proveedor de servicio, verá su descuento en la próxima factura. Tenga en cuenta que el descuento telefónico/de banda ancha se aplicará en sus facturas durante todo el año.

Si no proporciona un formulario de certificación y una planilla para el hogar (si corresponde) completos y firmados, no recibirá el descuento telefónico/de banda ancha de Texas Lifeline.

### ¿Con qué frecuencia debo solicitar el descuento?

Usted debe presentar una solicitud por lo menos cada 7 meses. Si se le certifica para recibir el descuento de Texas Lifeline, se le enviará una solicitud aproximadamente dos meses antes de que se le venza su periodo de elegibilidad. Si cambia de domicilio o de número de teléfono, debe enviar otra solicitud para que podamos actualizar sus datos.

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

**Texas Lifeline  
PO Box 4060  
Killeen, Texas 76540-4060**

**Tambien puede enviar su solicitud y la documentación necesaria al número de FAX gratuito 1-877-215-8018**

**¿Preguntas? Llame a Texas Lifeline al número gratuito 1-866-454-8387 o visite el sitio web [www.texaslifeline.org](http://www.texaslifeline.org)**



**SECTION 1 –Applicant Information**

The person whose name is on the service provider bill **MUST** fill out this section.

Name of Service Provider Customer: \_\_\_\_\_  
*As it appears on your utility bill* (please print)

Mailing Address: \_\_\_\_\_ Home Address: \_\_\_\_\_  
*Required if Mailing Address is a PO Box*

City: \_\_\_\_\_ Zip Code : \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Telephone Number: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
*(Required)*

Email Address: \_\_\_\_\_ Birth Date *(Required)*: \_\_\_\_\_

**YOU MUST:**

1. Complete & sign the Texas Lifeline Certification Form
2. Complete both pages of the Texas Lifeline Application & sign page 1
3. Provide proof of your eligible Benefits or total Household Income
4. Include a copy of your latest service provider bill

If you do not provide the above documentation, you will not be able to get the Lifeline telephone/broadband discount.

**Declaration** *(please read carefully and sign)*

I certify that my household is receiving only one Lifeline discount. I understand that violation of the one-per-household requirement is against the Federal Communication Commission's rules and may result in me losing my Lifeline benefits, and potentially, prosecution by the United States government.

I certify under penalty of perjury that my household receives a qualified benefit or my household has income at or below program guidelines and that I presented documentation that accurately represents my household income or participation in a qualified benefit program.

I certify that the information I have provided in this application is true and correct and I agree to participate in the Texas Lifeline program should I be eligible. I understand that the information provided is subject to audit and investigation by the Public Utility Commission of Texas.



\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Applicant's Signature

**CONTINUE  
TO PAGE 2**

**Mail completed application and required documentation to:**  
Texas Lifeline  
PO Box 4060  
Killeen, Texas 76540-4060  
FAX: 1-877-215-8018



## SECTION 2 – Income Enrollment Worksheet

**HOUSEHOLD SIZE** – Number of people living in your household: \_\_\_\_\_ (Include all adults and children at this address)

Your total household gross annual income from all sources cannot exceed these guidelines:

Number of persons in Household	1	2	3	4	5	6	7	8
Total Household annual income	\$17,820	\$24,030	\$30,240	\$36,450	\$42,660	\$48,870	\$55,095	\$61,335
Type of Income	Dollar Amount		Frequency (Monthly, Weekly, etc.)					
Wages from Employment as shown on pay stub or W-2 Form								
Social Security								
Retirement Income								
Alimony or Child Support								
Unemployment or Worker's Compensation								
All Other Earnings								

### IF YOU ARE QUALIFYING USING YOUR TOTAL HOUSEHOLD INCOME YOU MUST PROVIDE PROOF OF HOUSEHOLD INCOME WITH THIS APPLICATION (provide all documents that apply)

- Copy of most recent pay stub(s) from all employers covering the last two months for all members of the household
- Your most recently filed tax return (must be signed) or W-2 form
- A signed letter from each employer indicating the level of your wage
- Documentation of social security income
- Copy of an unemployment form with eligibility dates
- Copies of the two most recent unemployment checks
- Copy of the most recent bank statement showing direct deposit of income (for SSI, Social Security, annuity, pension)

## SECTION 3 – Program Benefit Enrollment Worksheet

Any Household Member who is eligible for any of these benefits makes the household eligible for the **Telephone/Broadband Discount (Lifeline)**

- SNAP
- Medicaid
- Supplemental Security Income-SSI
- Health Benefit Coverage under Child Health Plan (CHIP)
- Low-Income Energy Assistance Program - LIHEAP
- Federal Public Housing Assistance
- Temporary Assistance for Needy Families (TANF)
- National School Lunch Program - Free Lunch Program
- Veterans Pension Benefit or Survivors Pension Benefit

### IF YOU ARE QUALIFYING BECAUSE OF ELIGIBILITY IN A QUALIFIED PROGRAM YOU MUST PROVIDE PROOF OF PROGRAM PARTICIPATION WITH THIS APPLICATION

- Copy of an letter from a government agency showing eligibility for the qualified benefit
- Copy of a Medicaid card for the eligible individual
- Federal Public Housing rental agreement
- Note: a Lone Star Card is not an eligible document

Eligible Resident of Tribal Lands (indicate which tribe): \_\_\_\_\_

*Provide documentation of tribe affiliation and participation in at least one of the following: Bureau of Indian Affairs General Assistance, Tribally-Administered Temporary Assistance for Needy Families, Head Start (only those meeting its income qualifying standard), or the National School Lunch Program's free lunch program.*

#### Benefit Recipient

Please provide the name of the person in your household who is receiving one of the eligible benefits listed above.

*Note: you must provide proof that this person participates in one of the eligible programs.*

Name of Benefit Recipient: \_\_\_\_\_

## **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: \_\_\_\_\_

Dirección de la residencia: \_\_\_\_\_  
*Se requiere si recibe el correo en un apartado postal*

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
*(Obligatorio)*

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

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.

Firme aquí

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

Fecha: \_\_\_\_\_

**SIGA A LA  
PÁGINA 2**

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

Texas Lifeline  
PO Box 4060  
Killeen, Texas 76540-4060  
FAX: 1-877-215-8018



**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	\$17,820	\$24,030	\$30,240	\$36,450	\$42,660	\$48,870	\$55,095	\$61,335

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)**

- Copia de los comprobantes de pago más recientes de todos los empleadores correspondientes a los últimos dos meses (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)**

- SNAP
- Medicaid
- Seguridad de Ingreso Suplementario--SSI
- Cobertura de atención médica del Plan de Salud del Niño (CHIP)
- Programa de ayuda energética para hogares de bajos ingresos - LIHEAP
- Programa de Asistencia Federal para Vivienda Pública
- Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)
- Programa Nacional de Almuerzo Escolar (Programa de Almuerzo Gratuito)
- Beneficio de Pensión de Veteranos o Beneficio de Pensión de Sobrevivientes

**SI USTED REÚNE 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 Nativoamericanos, 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: \_\_\_\_\_



Low-Income Telephone/Broadband Discount Lifeline Certification Form

Full Name: \_\_\_\_\_

Home Address (No PO box): \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Billing Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

You must provide this information:

Date of Birth (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_

Social Security Number/Tribal ID#: \_\_\_\_\_

Telephone # Receiving Lifeline Service: \_\_\_\_\_  
(Required for the telephone Lifeline service)

Telephone/Broadband Provider: \_\_\_\_\_

This is a Temporary Address: Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

ONLY ONE LIFELINE BENEFIT IS ALLOWED PER HOUSEHOLD  
YOU COULD LOSE YOUR LIFELINE BENEFIT IF YOU VIOLATE THIS RULE

Lifeline is a government program that provides a monthly discount on home telephone services, wireless telephone services or broadband services, but only one discount is allowed. Only one Lifeline service is allowed per household; a household is not permitted to receive Lifeline benefits from multiple providers. Your household is everyone who lives in your home (including children and people who are not related to you) and shares income and household expenses (bills, food, etc.). Violation of the one-per household rule is a violation of federal rules and will result in de-enrollment from the Lifeline program and potential prosecution by the United States Government. You may not transfer your Lifeline benefit to any other person.

Please initial the certifications below and sign and date this form.

I certify, under penalty of perjury, that:

I meet the income-based eligibility criteria (household income less than 135% of federal poverty guidelines). Please state the number of household members: \_\_\_\_\_

Or I meet the program-based eligibility criteria for receiving Lifeline. Check benefits that apply:

#1 \_\_\_\_\_  SNAP,  Medicaid,  SSI,  Federal Public Housing Assistance,  CHIP,  Veterans Pension Benefit or Survivors Pension Benefit

#2 \_\_\_\_\_ I will notify my service provider and the Texas Lifeline Program within 30 days if for any reason I no longer satisfy the criteria for receiving Lifeline, or if I no longer meet the income-based or program-based criteria for receiving Lifeline support, or if I am receiving more than one Lifeline benefit, or another member of my household is receiving a Lifeline benefit.

#3 \_\_\_\_\_ If I move to a new address, I will provide that new address to my Lifeline provider and the Texas Lifeline Program within 30 days.

#4 \_\_\_\_\_ (Only if applicable) If I provided a temporary residential address to the eligible service provider and the Texas Lifeline Program, I am required to verify my temporary residential address every 90 days.

#5 \_\_\_\_\_ My household will receive only one Lifeline service and, to the best of my knowledge, my household is not already receiving a Lifeline service.

#6 \_\_\_\_\_ I may be required to re-certify continued eligibility for Lifeline at any time, and that failure to do so will result in de-enrollment and the termination of my Lifeline benefit.

#7 \_\_\_\_\_ I will not transfer the Lifeline benefit to anyone else, including any other eligible person.

#8 \_\_\_\_\_ I consent to allow my personal identification information to be shared with the Universal Service Administrative Company (USAC) and/or its agents for the purpose of verifying that I am not receiving more than one Lifeline benefit.

#9 \_\_\_\_\_ (Only if applicable) If I am seeking to qualify for Lifeline as an eligible resident of Tribal lands, I live on Tribal lands.

By signing this document, I certify, under penalty of perjury, to the items initialed above and that I understand the Lifeline program rules described above and agree to participate in the Lifeline program should I be eligible, that the information I have provided on this form is true and correct to the best of my knowledge and that providing false or fraudulent information to obtain this benefit can be punished by law, including fines, imprisonment, de-enrollment or being barred from the program.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Formulario de certificación de Lifeline para el descuento telefónico/de banda ancha para consumidores de bajos ingresos

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Domicilio Físico: \_\_\_\_\_  
(No se aceptan apartados postales)

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Debe usted proporcionar esta información:

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

Núm. de Seguro Social/Núm. de la Tribu: \_\_\_\_\_

Núm. de Teléfono que recibe servicio Lifeline: (Necesario para el servicio telefónico de Lifeline) \_\_\_\_\_

Proveedor telefónico/de banda ancha: \_\_\_\_\_

Esta dirección es temporal: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

SE PERMITE SOLAMENTE UN BENEFICIO DE LIFELINE POR CADA HOGAR USTED PODRÍA PERDER SU BENEFICIO DE LIFELINE SI NO CUMPLE ESTA REGLA

Lifeline es un programa gubernamental que brinda un descuento mensual en servicios de telefonía en el hogar, inalámbrica y de banda ancha, pero solo se permite un descuento. Se permite solamente un servicio Lifeline por hogar; no se permite que un mismo hogar reciba beneficios Lifeline de parte de múltiples proveedores. Su hogar consiste en todas las personas que viven en su casa (incluyendo a los niños y las personas que no tienen ningún parentesco con usted) y que comparten los ingresos y los gastos de la casa (las facturas, los alimentos, etc.). El violación de la regla de un solo servicio por hogar se considera una infracción de las reglas federales que conlleva en sí la exclusión del infractor del programa Lifeline y el posible enjuiciamiento de parte del gobierno federal. Usted no tiene autorización para transferir su beneficio Lifeline a otra persona.

Favor de anotar sus iniciales a un lado de las certificaciones que se encuentran a continuación. No olvide firmar y fechar este formulario.

Bajo pena de perjurio certifico que:

Cumplo con los criterios de elegibilidad por ingresos (ingreso familiar inferior al 135% establecido por las pautas federales de pobreza). Por favor, indique el número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

O cumplo los criterios de elegibilidad del programa para recibir Lifeline. Marque los beneficios pertinentes:

- #1 \_\_\_\_\_  SNAP,  Medicaid,  SSI,  Asistencia Federal para la Vivienda Pública,  CHIP,  Beneficio de Pensión de Veteranos o Beneficio de Pensión de Sobrevivientes

#2 \_\_\_\_\_ Avisaré a mi proveedor del servicio y al Programa Texas Lifeline dentro de los siguientes 30 días si por alguna razón ya no reúno los requisitos para poder recibir Lifeline o si ya no reúno los requisitos de los ingresos o del programa para recibir apoyo de Lifeline o si recibo más de un beneficio de Lifeline o si otro miembro de mi hogar recibe un beneficio de Lifeline.

#3 \_\_\_\_\_ Si me cambio de dirección, daré la nueva dirección a la compañía que me da servicios Lifeline y al Programa de Texas Lifeline dentro de los siguientes 30 días.

#4 \_\_\_\_\_ (Solo si es pertinente) Si proporcioné una dirección temporal de mi domicilio a la compañía elegible proveedor del servicio y al programa de Texas Lifeline, tengo la obligación de verificar mi dirección temporal cada 90 días.

#5 \_\_\_\_\_ Mi hogar recibirá solamente un servicio de Lifeline y, según mi leal saber y entender, mi hogar aún no recibe servicios de Lifeline.

#6 \_\_\_\_\_ En cualquier momento se puede requerir que yo vuelva a certificar mi elegibilidad para Lifeline, y al no hacerlo quedará sujeto a la exclusión del programa y la terminación de mi beneficio Lifeline.

#7 \_\_\_\_\_ No transferiré el beneficio Lifeline a ninguna otra persona, incluyendo a cualquier otra persona que reúna los requisitos del programa.

#8 \_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para que se divulguen mis datos personales de identificación a *Universal Service Administrative Company* (la Compañía Administrativa Servicio Universal o USAC) o a sus representantes, con el fin de averiguar que no recibo más de un beneficio Lifeline.

#9 \_\_\_\_\_ (Solo si es pertinente) Si busco reunir los requisitos de Lifeline como residente elegible del territorio de alguna tribu, vivo en los terrenos de la tribu.

Al firmar este documento, certifico bajo pena de perjurio que las declaraciones anteriores, al lado de las cuales he colocado mis iniciales son verídicas. Entiendo las reglas del programa Lifeline, las cuales se describen arriba y acuerdo en participar en el programa Lifeline si reúno los requisitos. Certifico asimismo que la información que proporcioné en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender y sé que el proporcionar información falsa o fraudulenta para obtener este beneficio es un delito sancionable castigable por la ley, incluyendo multas, encarcelamiento, cancelación de la inscripción o la exclusión del programa.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_