

[illegible]

LIFELINE HOUSEHOLD WORKSHEET

Federal law allows only one Lifeline service per household.
Your household is everyone who lives at your address who shares income and expenses.

[illegible]

Last Name:

[illegible]

City:

State: **Zip Code:** -

Telephone Number Requesting/ Receiving
Lifeline Service: - -

Applicant's Date of Birth: / /

Social Security Number (last 4 required): - -

[illegible]

1. Does your husband, wife, or domestic partner living at your address have Lifeline phone service? (Check NO if you do not have a husband, wife or domestic partner)

☐ **NO.** Please answer question 2 below.

YES. Choose who will keep the Lifeline service.
☐ If **YOU** will keep the Lifeline service, **check OPTION B and SIGN BELOW.**
 If you are not keeping the Lifeline service, **DO NOT sign.**

2. Does another adult (age 18 or older, or emancipated minor) live with you AND have Lifeline service? For example, parent, son, daughter, another relative (such as a sibling, aunt, cousin, grandparent, grandchild, etc.), a roommate, or another person.

☐ **NO.** You are **ELIGIBLE** for the Lifeline Program because no one in your household has a Lifeline benefit. Please check **OPTION A** and **SIGN BELOW.**

☐ **YES.** Please answer question 3 below.

3. Do you share expenses for bills, food, or other living expenses AND share income (salary, public assistance benefits, social security payments or other income) with the Lifeline customer in question #2?

☐ **NO.** You are **ELIGIBLE** for the Lifeline Program because no one in your household has a Lifeline benefit. Please check **OPTION C** and **SIGN BELOW.**

YES. Choose who will keep the Lifeline service. If YOU will keep the Lifeline service, **check OPTION B and SIGN BELOW.**

If you are not keeping the Lifeline service, **DO NOT sign.**

I may keep my Lifeline benefit because (Please check the box below that applies to you):

☐ **OPTION A.** I am the only person in my household currently receiving a Lifeline service.

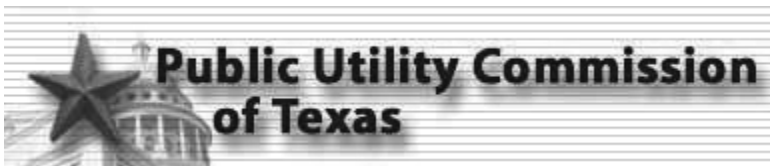
☐ **OPTION B.** Currently, there are other Lifeline customers in my household but we have decided that I will be the only person in the household to receive Lifeline service going forward.

☐ **OPTION C.** I do not share a household with the other Lifeline customers at my address.

I certify that the information provided above is true. I understand that violating the one-per-household requirement is against the Federal Communications Commission's rules and I may lose my Lifeline Program benefits, and may be prosecuted by the United States government for violating the rules.

Applicant's Signature:_____ **Date:**_____





PLANILLA PARA EL HOGAR DE LIFELINE

La ley federal solo permite un servicio de Lifeline por hogar.
Su hogar incluye a todas las personas que viven en su domicilio y que comparten ingresos y gastos.

Nombre:	<input type="text"/>	Inicial del segundo nombre:	<input type="text"/>
Apellido:	<input type="text"/>		
Domicilio (no se permiten casillas de correo):	<input type="text"/>		
Ciudad:	<input type="text"/>		
Estado:	<input type="text"/>	Código postal:	<input type="text"/> - <input type="text"/>
Número de teléfono que solicita/recibe Servicio de Lifeline:	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Fecha de nacimiento del solicitante:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Número de seguro social (últimos 4 dígitos):	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
		Identificación tribal (si corresponde):	<input type="text"/>

1. ¿Su esposo, esposa o pareja que vive en su domicilio tiene un servicio de telefonía Lifeline? (Marque NO si no tiene esposo, esposa o pareja)

☐

NO. Responda la pregunta 2 a continuación.

☐

SÍ. Indique quién mantendrá el servicio Lifeline.
Si **USTED** mantendrá el servicio Lifeline, **marque la OPCIÓN B y FIRME A CONTINUACIÓN.**
Si usted no mantendrá el servicio Lifeline, **NO** firme.

2. ¿Vive con otro adulto (mayor de 18 años o menor emancipado) que tenga un servicio de telefonía Lifeline? Por ejemplo, padre, hijo, hija, otro pariente (como un hermano, tía, primo, abuelo, nieto, etc.), un compañero de vivienda u otra persona.

☐

NO. Usted es **ELEGIBLE** para el programa Lifeline porque nadie en su hogar tiene un beneficio del programa Lifeline. Marque la **OPCIÓN A y FIRME A CONTINUACIÓN.**

☐

SÍ. Responda la pregunta 3 a continuación.

3. ¿Comparte los gastos de facturas, comida u otros gastos de subsistencia Y comparte sus ingresos (salario, beneficios de asistencia pública, pagos de seguro social u otros ingresos) con la persona de la pregunta n.º 2 que tiene un servicio de telefonía Lifeline?

☐

NO. Usted es **ELEGIBLE** para el programa Lifeline porque nadie en su hogar tiene un beneficio del programa Lifeline. Marque la **OPCIÓN C y FIRME A CONTINUACIÓN.**

☐

SÍ. Indique quién mantendrá el servicio Lifeline. Si **USTED** mantendrá el servicio Lifeline, **marque la OPCIÓN B y FIRME A CONTINUACIÓN.**

Es posible que mantenga el beneficio de Lifeline porque (marque la casilla con la opción que se aplique a su caso):

☐

OPCIÓN A. Soy la única persona en mi hogar que recibe en este momento un servicio Lifeline.

☐

OPCIÓN B. En este momento hay otros clientes de Lifeline en mi hogar pero hemos decidido que yo seré la única persona en el hogar que reciba el servicio de Lifeline a partir de ahora.

☐

OPCIÓN C. No comparto mi hogar con los otros clientes de Lifeline que viven en mi domicilio.

Certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera. Comprendo que la violación del requisito de un beneficio por hogar está en contra de las normas de la Comisión Federal de Comunicaciones y que puedo perder mis beneficios del programa Lifeline y recibir una acusación penal del gobierno de los Estados Unidos por violar las normas.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____