

TL201999999999999999

**Low-Income Telephone Discount Program 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: \_\_\_\_\_

Telephone 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 or wireless telephone services, but not both. 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 150% 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, ☐ LIHEAP, ☐ TANF, ☐ CHIP,  
☐ National School Lunch Program – Free Lunch Program

#2 \_\_\_\_\_ I will notify my telephone carrier and the Lite-up Texas 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 carrier and the Lite-up Texas Program within 30 days.

#4 \_\_\_\_\_ (Only if applicable) If I provided a temporary residential address to the eligible telecommunications carrier and the Lite-up Texas 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.

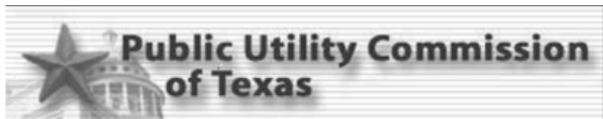
#7 \_\_\_\_\_ I will not transfer the Lifeline benefit to anyone else, including any other eligible person.

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



## Bajos Ingresos Teléfono Descuento Programa Lifeline Formulario de Certificación

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:

Proveedor de servicio telefónico: \_\_\_\_\_

Esta dirección es temporal: Sí \_\_\_\_\_ 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 del gobierno que da un descuento mensual en los servicios telefónicos para el hogar o el móvil, pero no a las dos líneas. 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 los criterios de elegibilidad basados en los ingresos (Los ingresos del hogar no sobrepasan el 150% de 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, ☐ LIHEAP, ☐ TANF, ☐ CHIP,  
☐ Programa Nacional para Almuerzo en la Escuela – Programa de Almuerzo Gratis

#2 \_\_\_\_\_ Avisaré a mi compañía telefónica y al Programa Lite-up Texas 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 Lite-up Texas dentro de los siguientes 30 días.

#4 \_\_\_\_\_ (Solo si es pertinente) Si proporcioné una dirección temporal de mi domicilio a la compañía elegible de telecomunicaciones y al programa de Lite-up Texas, 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: \_\_\_\_\_