

Formulario de solicitud de Oregon Lifeline (Servicio inalámbrico gratuito)

Oregon Lifeline (Línea directa de Oregón) es un programa del gobierno estatal y federal que reduce el costo mensual del servicio de telefonía o Internet a los grupos familiares de bajos ingresos que reúnen los requisitos.



Si reúne los requisitos (consulte la página 2), complete las secciones A, B o C y D. (Si la persona que envía este formulario es un vendedor, consulte la sección E). Envíe la solicitud al proveedor de servicios que se indica en la página 4. *Campos obligatorios

*Nombre legal del solicitante (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		*Fecha de nacimiento		
-	-	/	/	
*Número del Seguro Social	Dirección de correo electrónico			
-	-			
*Número de teléfono	Casa	Celular		
			-	
*Domicilio	N.º de departamento	*Ciudad	*Código postal	
¿Esta dirección es temporal?	Sí	No		
			-	
Dirección de correo postal (si es diferente de la de arriba)	N.º de departamento	Ciudad	Estado	Código postal
				-

Complete esta sección solo si envía la solicitud para un hijo o una persona que está a su cargo.

Nombre del hijo o de la persona a su cargo (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	*Fecha de nacimiento
-	-
Número del Seguro Social	

Continúe con la página siguiente.

SECCIÓN B

Elegibilidad basada en programas.

Marque los programas en los que usted o su grupo familiar estén inscritos actualmente:

No se requiere documentación:

Supplemental Nutrition Assistance Program
(Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria)

Medicaid

Proporcionar documentación:

Supplemental Security Income
(SSI, Ingresos de Seguridad Suplementarios)

Pensión para veteranos o sobrevivientes

Asistencia federal para la vivienda (Sección 8)

Programas específicos de la comunidad indígena

Proporcionar documentación:

Asistencia General de la Bureau of Indian Affairs
(BIA, Oficina de Asuntos de Nativos Americanos)

Tribal Temporary Assistance for Needy Families (Tribal
TANF, Asistencia Temporal Tribal para Familias Necesitadas)

Food Distribution Program on Indian Reservations
(FDPIR, Programa de Distribución de Alimentos para las
Reservas Indígenas)

Tribal Head Start (Comienzo Temprano Tribal, solo aquellas
familias que cumplan con la norma de calificación de ingresos)

Complete la Sección C solamente si no califica para ningún programa de la Sección B.

SECCIÓN C

Elegibilidad basada en ingresos.

Marque el tamaño de su grupo familiar. Para calificar, el ingreso anual de su grupo familiar debe estar dentro del rango indicado al lado del tamaño del grupo familiar. Un grupo familiar es una persona o un grupo de personas que viven juntas en el mismo domicilio y comparten los ingresos y los gastos. Debe incluir prueba de ingresos junto con la solicitud.

Tamaño del grupo familiar	Ingresos anuales brutos	Tamaño del grupo familiar	Ingresos anuales brutos	Tamaño del grupo familiar	Ingresos anuales brutos
1	\$20331	3	\$34857	5	\$49383
2	\$27594	4	\$42120	6	\$56646

Para cada persona adicional de su grupo familiar, agregue \$7263.

Proporcione uno o más de los siguientes documentos como prueba de sus ingresos:

(Solo debe proporcionar copias; no se devolverán los originales).

- Declaración de impuestos a la renta federal o estatal del año pasado
- Declaración de ingresos anuales actuales de su empleador
- Recibos de pago de tres meses consecutivos dentro de los últimos 12 meses
- Declaración de beneficios de la administración de asuntos de veteranos
- Declaración de beneficios de desempleo o indemnización laboral
- Declaración de beneficios del Seguro Social
- Declaración de beneficios de jubilación o pensión
- Sentencia de divorcio o documentos de manutención infantil que indiquen información sobre los ingresos

Continúe con la página siguiente.

SECCIÓN



Acuerdo. *(Debe colocar su inicial en cada declaración).*

Acepto, bajo pena de perjurio, las siguientes declaraciones:

Inicial

Comprendo que, si determinan que soy elegible, pueden pasar entre 30 y 60 días hasta que mi proveedor de servicios aplique el beneficio de Oregon Lifeline en mi cuenta.

Inicial

Les otorgo a la Oregon Public Utility Commission (PUC, Comisión de Servicios Públicos de Oregón), la Federal Communication Commission (Comisión Federal de Comunicaciones) y la Universal Service Administrative Company (Compañía Administrativa de Servicios Universales) autoridad para obtener o revisar cualquier registro necesario para confirmar mis declaraciones y que califico para el beneficio de Oregon Lifeline. También autorizo a mi proveedor de servicios a divulgar cualquier registro necesario para el beneficio de Oregon Lifeline.

Inicial

Comprendo que mi grupo familiar solo puede recibir un beneficio de Lifeline.

Inicial

Comprendo que, si violo la regla de un beneficio por grupo familiar, me darán de baja del programa Oregon Lifeline.

Inicial

Acepto avisarle a la PUC dentro de los 30 días posteriores si ocurre lo siguiente:

- Me mudo.
- Desconecto el servicio.
- Ya no califico para el beneficio de Oregon Lifeline.
- Recibo más de un beneficio de Oregon Lifeline.
- Otro miembro de mi grupo familiar también está recibiendo el beneficio de Oregon Lifeline.

Inicial

Comprendo que mi beneficio de Oregon Lifeline no puede transferirse ni cederse a otra persona.

Inicial

Comprendo que es posible que se me solicite que recertifique mi elegibilidad continua para el beneficio de Oregon Lifeline en cualquier momento y que, si no cumplo, se cancelará mi beneficio de Oregon Lifeline.

Inicial

Comprendo que Oregon Lifeline es un beneficio federal y estatal y que realizar declaraciones falsas o brindar documentos falsos o fraudulentos deliberadamente para obtener el beneficio es sancionable por ley y puede provocar multas, penas de prisión, descalificación o remoción permanente del programa.

Todas las declaraciones que he hecho en esta solicitud son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.

*Firma física o digital del solicitante

_____/_____/_____
*Fecha

SECCIÓN



Información del agente

Responda solo si la persona que envía este formulario es un vendedor.

*Nombre legal del agente (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

_____/_____/_____
*Fecha de nacimiento

*Número de identificación del agente

Continúe con la página siguiente.



Proveedor de servicios

Si es necesario, incluya documentación que demuestre que reúne los requisitos y un documento de identidad* con su solicitud. Consulte la sección B o C. * **El documento de identidad puede ser su licencia de conducir, una identificación militar o del gobierno de los Estados Unidos, o una identificación emitida por el estado.**

Access Wireless a través de i-wireless

- Access Wireless proporciona un teléfono gratuito; también puede utilizar o comprar su propio dispositivo compatible.
- Plan gratuito: minutos y mensajes de texto ilimitados y 5 GB de datos. (Las características de los planes están sujetas a cambios).

Envíe su solicitud por correo a:

Access Wireless
One Levee Way, Ste 3116
Newport, KY 41071
O bien,

Envíe un fax al: 1-888-594-4473

Envíe una solicitud por internet en www.accesswireless.com/lifeline
¿Tiene preguntas? Póngase en contacto con Access Wireless al 1-888-900-5899.