



Estado de Utah
Department of Workforce Services
**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA
LIFELINE – PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA SERVICIOS
DE TELÉFONO DE UTAH (UTAP)**

Office use only
Approved: _____
Denied: _____
NLAD: _____
Termination: _____

Información del Solicitante (por favor use bolígrafo de tinta negra)

Por favor indique cual compañía le provee los descuentos de UTAP para su línea de teléfono fijo:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> All West Communications | <input type="checkbox"/> Gunnison Telephone |
| <input type="checkbox"/> Bear Lake Communications | <input type="checkbox"/> Hanksville Telcom |
| <input type="checkbox"/> Beehive Telephone | <input type="checkbox"/> Manti Telephone Company |
| <input type="checkbox"/> Carbon/Emery Telcom | <input type="checkbox"/> Navajo Comm. Co. |
| <input type="checkbox"/> Central Utah Telephone | <input type="checkbox"/> Skyline Telecom |
| <input type="checkbox"/> Citizens (Frontier) Telecom Co. | <input type="checkbox"/> South-Central Utah Telephone Association |
| <input type="checkbox"/> CenturyLink (Qwest Corp.) | <input type="checkbox"/> UBTA-UBET Communications, (Strata Networks) |
| <input type="checkbox"/> Direct Communications | <input type="checkbox"/> Union Telephone |
| <input type="checkbox"/> Emery Telcom | |

Número de teléfono fijo con el código de área para el Descuento UTAP: _____

Nombre (Se requiere el nombre legal completo): _____

Nº de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Fecha de Nacimiento (por ej. 06/30/1945 ponga el mes primero): _____

Nombre en la cuenta de servicios si es diferente al nombre anotado arriba

(se requieren los nombres y apellidos completos): _____

Parentesco con el solicitante: _____

Dirección de domicilio

(lugar del servicio telefónico): _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Dirección Temporal Dirección Permanente

Dirección como aparece en la Cuenta: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Tamaño del Grupo Familiar (requerido) La cantidad de personas que residen en este hogar: _____

Por favor llene ya sea la Tabla 1 si usted participa en cualquiera de los programas o la Tabla 2 si sus ingresos hacen que usted califique, **(los documentos originales no se devolverán)**

Tabla 1 – Yo certifico aquí que yo participo en al menos uno de los siguientes programas:

(incluya fotocopias de los comprobantes)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asistencia con Energía para el Hogar (HEAT/HELP) | <input type="checkbox"/> Medicaid |
| <input type="checkbox"/> Asistencia para Refugiados | <input type="checkbox"/> Asistencia General (GA) |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) | <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia con Almuerzos Escolares Gratis (no reducidos) |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Federal de Viviendas Públicas (incluyendo la Sección 8) | <input type="checkbox"/> Asistencia Alimenticia (SNAP) |
| <input type="checkbox"/> Ingresos de Seguro Social Suplementario (SSI) | <input type="checkbox"/> Head Start (estándar de calificación por ingresos solamente) |

Nombre del Participante en el Programa (nombre legal completo): _____

Fecha de Nacimiento (por ej. 06/30/1945 anote el mes primero): _____

Tabla 1 – Seguimiento (needs to be checked by Claudio) Nº de Seguro Social: _____ - _____ - _____

_____ (Ponga sus iniciales) Yo certifico que el participante de este programa es un miembro de mi grupo familiar.

Composición del Grupo Familiar: Además de usted mismo, ¿Hay otras personas que viven en su misma

Tabla 2 – Yo certifico aquí que los ingresos totales de mi grupo familiar entran en las Guías Federales de Pobreza del 135%: (incluya fotocopias de los comprobantes)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Declaración de Impuestos Estatal y Federal del Año Anterior | <input type="checkbox"/> Declaración de beneficios del V.A. (para Excombatientes) |
| <input type="checkbox"/> Declaración del empleador de ingresos actuales | <input type="checkbox"/> Declaración de beneficios de retiro o jubilación |
| <input type="checkbox"/> Talones de pago para los 3 meses más recientes | <input type="checkbox"/> Declaración de beneficios de Desempleo o Workers' Compensation |
| <input type="checkbox"/> Declaración de beneficios del Seguro Social | <input type="checkbox"/> Acta de Divorcio |
| <input type="checkbox"/> Documentos de Sustento de Menores (Child Support) | <input type="checkbox"/> Cualquier otro documento oficial que tenga información de sus ingresos |

Tabla de las Guías Federales de Pobreza del 135%:	Agregar \$456.75 al mes para cada miembro adicional	Tamaño del Grupo Familiar	Ingreso Mensual	Tamaño del Grupo Familiar	Ingreso Mensual
		1	\$1,312.88	3	\$2,226.38
		2	\$1,769.63	4	\$2,683.13

dirección que son parte del grupo familiar? Esto podría incluir su cónyuge, pareja, un pariente adulto, niños dependientes, o compañeros de cuarto (por favor anote a todos los que componen su hogar).

Nombre Completo	Nº de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Parentesco con Usted

Por favor lea la siguiente información muy importante acerca del Programa Lifeline antes de firmar abajo:

- No se permite que una familia o grupo familiar reciba la asistencia de Lifeline de múltiples proveedores de servicios telefónicos. Esto incluye ambos, proveedores de líneas fijas y de líneas celulares.
- Lifeline es un beneficio federal y el hacer declaraciones falsas en forma intencional para obtener este beneficio puede resultar en multas, cárcel, descalificación o que se le impida la participación futura en el programa.
- Sólo se hace disponible un programa de Lifeline por grupo familiar. Un grupo familiar para los propósitos del Programa Lifeline se define como cualquier individuo o grupo de individuos que viven juntos en la misma dirección y que comparten ingresos y gastos.

Yo certifico, bajo pena de perjurio que:
(por favor lea y ponga sus iniciales al comienzo de cada punto):

1. Calificadores: Mi grupo familiar cumple con el siguiente criterio de elegibilidad basado en ingresos o en el programa para recibir la asistencia de Lifeline.
- La violación al límite de un servicio por grupo familiar constituye una violación a las reglas de la Federal Communications Commission (Comisión Federal de Comunicaciones - FCC) y resultará en la descalificación del participante del programa y el posible enjuiciamiento por el gobierno de los EE.UU. o del estado.
 - Lifeline es un beneficio que el participante no puede transferir a ninguna otra persona.
- a) Elegibilidad por Programa: Yo, o uno o más de mis dependientes, o mi grupo familiar recibimos beneficios de uno de los programas de calificación como se lista en la página 1;
 - b) Elegibilidad por Ingresos: Los ingresos de mi grupo familiar según se define en la sección de requisitos de ingresos en la página 1 es de 135% o menos de las Pautas Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines) para un hogar de ese tamaño como se lista en la página 1;
 - c) Si yo vivo en tierras Tribales lo cual incluye cualquier reserva de tribu india, pueblo, o colonia o cualquier territorio designado como tal y que sea reconocido federalmente por la Federal Communications Commission (FCC) para los propósitos de asistencia de Lifeline, y yo califico bajo una de las calificaciones de bajos ingresos que se listan arriba o yo, uno o más de mis dependientes, o mi grupo familiar participa en uno de los programas de asistencia federal específicamente para tribus; Asistencia General del Departamento de Asuntos Indios (Bureau of Indian Affairs General Assistance); Asistencia Temporal para Familias en Necesidad Administrado por Tribus (Tribally administered Temporary Assistance for Needy Families) ; Head Start (sólo para los que califican con el estándar de calificación por ingresos); o para el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indias (Food Distribution Program on Indian Reservations);
 - d) Nadie en mi hogar está actualmente recibiendo un servicio Lifeline.
2. Yo debo notificar al Utah Telephone Assistance Program (UTAP) y a mi proveedor de telecomunicaciones dentro de 30 días si por cualquier razón mi familia ya no cumple con los requisitos del beneficio Lifeline. Esto incluye:
- a) mi familia ya no cumple con los requisitos basados en ingresos o basados en el programa del beneficio Lifeline;
 - b) Estoy recibiendo más de un beneficio de Lifeline; o,
 - c) Otro miembro de la familia está recibiendo beneficios de Lifeline.
3. Yo certifico que SI yo estoy tratando de calificar para el beneficio Lifeline como un residente legal de un territorio tribal en el cual mi grupo familiar vive y que se encuentra en una Tribu India según lo que se reconoce federalmente en el punto 1c arriba. (Si no se aplica, ponga N/A).
4. Yo entiendo que si me mudo a una nueva dirección que debo notificar a UTAP y a mi proveedor de telecomunicaciones dentro de 30 días y proveerles mi dirección nueva.
5. Yo entiendo que si proveí una dirección residencial temporaria que se me requerirá que verifique mi residencia temporaria cada 90 días con la oficina de UTAP. (Si no se aplica, ponga N/A)
6. Yo entiendo que mi familia recibirá sólo un beneficio de Lifeline y que según mi leal saber y entender mi familia no está actualmente recibiendo un beneficio de Lifeline.
7. Yo entiendo y reconozco que el entregar información falsa o fraudulenta para recibir beneficios de Lifeline es penado por la ley.
8. Yo entiendo y reconozco que se me requerirá que recertifique la elegibilidad de mi familia para los beneficios de Lifeline en cualquier momento, y que al no cumplir con esto resultará en descalificación y la terminación del beneficio de Lifeline para mi familia.

- _____ 9. Yo entiendo que si mi solicitud es negada, yo tengo el derecho a una audiencia imparcial y que yo enviaré una petición escrita para poder tener esta audiencia imparcial dentro de los primeros 10 días desde que reciba la notificación de negación. Las peticiones de audiencias imparciales deben ser enviadas a: Division of Public Utilities, 160 East 300 South, 4th Floor, Salt Lake City, UT 84111.
- _____ 10. Yo entiendo y doy mi consentimiento al Department of Workforce Service (UTAP) y/o a mi proveedor de telecomunicaciones a que compartan mi información, incluyendo pero sin limitarse a, mi nombre, domicilio, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social, la fecha de comienzo/terminación de mi beneficio Lifeline, la cantidad del beneficio de Lifeline y los medios por los cuales califiqué para Lifeline, con Universal Service Administrative Company (USAC), con los oficiales de USAC y/o con National Lifeline Accountability Database, y con cualquier agencia del estado para asuntos oficiales con el propósito de lograr administración apropiada del programa Lifeline. Yo también entiendo que si no cumplo con proveer este consentimiento, mis beneficios de Lifeline se descontinuarán.
- _____ 11. Yo entiendo que si vivo con más de una persona en el grupo familiar, que llenaré LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR y proveeré toda la información necesaria o mi solicitud puede ser negada.
- _____ 12. Yo entiendo que mi beneficio de Lifeline no es transferible. No puedo transferir mi beneficio a ningún otro individuo, incluyendo a un miembro de la familia, compañeros de cuarto, u otra persona de bajos ingresos aun cuando sea elegible.
- _____ 13. Yo entiendo que soy responsable de devolver la diferencia entre el precio regular y el descontado si no califico para el beneficio Lifeline y he estado recibiendo el beneficio durante un período en el que no calificaba.
- _____ 14. Yo certifico que la información contenida en este formulario de certificación es verdadera y correcta según mi leal conocimiento.

Certificación

- _____ A. Yo certifico que vivo en una dirección ocupada por múltiples personas o grupos familiares (Un grupo familiar o familia se define como un grupo de individuos que viven juntos, en la misma dirección y que comparten ingresos y gastos). (Anote N/A si no se aplica)
- _____ B. Yo entiendo que la violación al límite de un servicio por grupo familiar constituye una violación a las reglas de la Federal Communications Commission (FCC) y resultará en la pérdida de beneficios y el posible enjuiciamiento por el gobierno de los EE.UU..

Firma del Solicitante de la Asistencia Lifeline

Fecha

Después de completar este formulario, por favor mande por correo la solicitud completa y cualquier otro documento de apoyo a

(recuerde que los documentos originales no se devuelven):

**Department of Workforce Services
Utah Telephone Assistance Program (UTAP) Recertification
PO BOX 147140, Salt Lake City, UT 84114
Toll Free, 1-800-948-7540 or 801 526-9272**

Programa/Empleador No Discriminatorio
Servicios y ayuda auxiliar se encuentran disponibles para personas minusválidas bajo petición al llamar al 801-526-9240. Las personas con impedimentos en el habla y /o sordera pueden marcar el número 711 (Relay Utah).
Para asistencia en español, marque el número 1-888-346-3162.