

Un hogar se define, para el propósito del programa Lifeline, como cualquier individuo o grupo de individuos que viven juntos en la misma dirección y comparten ingresos y gastos. Por ejemplo, apartamento en un edificio de apartamentos son usualmente hogares únicos. Personas viviendo en un hogar de cuidados (asilo) puede ser considerado como hogar único.

Responda las preguntas abajo para determinar si hay más de un hogar viviendo en su dirección.

1. Hay algún otro adulto (edad 18 o mayor) o menor emancipado) que vive con usted Y tiene un servicio de descuento Lifeline o un servicio Lifeline con un teléfono celular? Por ejemplo, esposo, esposa, pareja doméstica, padres hijo, hija, u otro familiar (como hermanos, tíos, primos, abuelos, nietos etc.) un compañero de cuarto, u otra persona?

___ No, usted es elegible para Lifeline porque nadie en su hogar tiene Lifeline.

___ Si, favor de contestar la pregunta 2 abajo.

2. Usted comparte gastos de recibos, comida u otros gastos de vivienda Y comparte ingreso (salario, beneficios de asistencia pública, pagos de seguro social u otro ingreso) con la persona de la pregunta 1 que tiene servicio de descuento de Lifeline?

___ No, Usted es elegible para Lifeline porque nadie en su hogar tiene Lifeline.

___ Si, **pare**. No firme esta forma. Usted **no** es elegible porque alguien en su hogar ya tiene Lifeline.

USTED DEBE PONER INICIALES EN TODAS LAS DECLARACIONES ABAJO, Y FIRMAR LA APLICACIÓN.



___ Yo notificaré a mi proveedor de Lifeline dentro de 30 días si ya no califico para participar en el programa de asistencia de DCF, si yo recibo más de un beneficio Lifeline, si otro miembro de mi hogar está recibiendo un beneficio Lifeline o si el ingreso de mi hogar excede el límite de elegibilidad.

___ Si cambio de dirección, yo proveeré la nueva dirección a mi proveedor dentro de 30 días;

___ Mi hogar recibirá solo un beneficio Lifeline y yo certifico, que mi hogar no está recibiendo otro beneficio Lifeline;

___ La información en esta aplicación es verdadera y correcta;

___ Yo entiendo que proveer falsa o fraudulenta información para recibir beneficio Lifeline será castigado por la ley; y,

___ Yo entiendo que tal vez mi proveedor de Lifeline requiera recertificar mi continúa elegibilidad para Lifeline en cualquier momento,

___ Y yo entiendo que mi abstinencia de recertificar para continuar con mi elegibilidad dará como resultado la terminación y el des enlistado de mi beneficio Lifeline.

___ Estoy de acuerdo en permitir que se intercambie información necesaria entre la compañía de teléfono local, la agencia federal o estado, o fondo administrador, para verificar mi elegibilidad de participar en el programa de descuento Lifeline. Doy mi permiso sobre la condición que la información en esta forma y cualquier información sobre el ingreso total de mi hogar se mantendrá como información confidencial como cuenta de cliente.

⚠ SU APLICAIÓN NO PODRÁ SER APROBADA SIN SUS INICIALES EN TODAS LAS DECLARACIONES ARRIBA Y SU FIRMA ABAJO.



Firma del Solicitante (Debe coincidir con el nombre en la cuenta de su recibo telefónico)

Devuelva esta forma y prueba de ingreso a:

**Office of Public Counsel
c/o The Florida Legislature
111 West Madison St. Rm. 812
Tallahassee, Florida 32399-1400
Fax: (850) 487-6419
Teléfono: 1-800-540-7039**