

Horry Telephone Cooperative, Inc. Aplicación Inicial de Lifeline

Favor completar Secciones 1, 2 y 3 abajo. *Usted debe proveer prueba de su elegibilidad junto a esta aplicación.*

SECCION 1 - Información del Aplicante (*Aplicante es la persona que tiene teléfono y/o servicio de internet con la compañía*).

Escoja UN servicio para aplicar al descuento de Lifeline: (verifique con el proveedor para habilidad)

Teléfono Internet Broadband Paquete de Servicios Teléfono e Internet)

Si usted tiene Lifeline (gratis/reducido servicio de teléfono; servicio de internet broadband o un paquete de servicios con teléfono e internet broadband) con otra compañía, usted le da permiso a Horry Telephone Cooperative, Inc. de transferir el servicio de Lifeline? Si su respuesta es si, usted perderá el descuento con la otra compañía. *Si su respuesta es no, usted no puede recibir Lifeline en esta cuenta.**

Si, transfiera mi servicio Lifeline No, no transfiera mi servicio Lifeline Yo no tengo el servicio Lifeline

Primer Nombre* Nombre Secundario/inicial Apellido*

Fecha de Nacimiento* Últimos 4-Dígitos de SSN* Numero de Teléfono Dirección de Correo Electrónicos

Dirección Residencial (*No PO Boxes*)* Unidad # Ciudad* Estado* Código Postal*

Es su dirección residencial permanente?* Si No

Es su dirección ocupada por múltiples hogares? Si No
(Si es si, complete la hoja de cálculos de hogar Lifeline en Página 3)

Dirección de Cobros (si es diferente) Unidad Ciudad Estado Código Postal

Información de la Persona Elegible. Solo complete esta parte si la persona que cualifica para Lifeline no es el Aplicante.

Primer Nombre Apellido Fecha de Nacimiento Últimos 4-Dígitos de SSN Relación al Aplicante

SECCION 2 – Información de Elegibilidad

Yo certifico que yo, mi dependiente, o mi hogar recibe asistencia de por lo menos uno de los programas listados debajo, o que el total de ingreso de mi hogar es debajo de 135% de la Guía Federal de Pobreza, y que he provisto prueba de elegibilidad.*

2019 135% de la Guía Federal de Pobreza (ingreso anual del hogar antes de taxes)

1 persona hasta \$16,862 por año 2 personas hasta \$22,829 3 personas hasta \$28,796 4 personas hasta \$34,763 5 personas hasta \$40,730 6 personas hasta \$46,697 7 personas hasta \$52,664 8 personas hasta \$58,631 Mas de 8 personas - anada \$5,967 por cada persona adicional.

Seleccione solo uno

- Asistencia Federal de Hogar Publica (AFHP)
- Medicaid
- Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (PSAN)

- Ingreso de Seguro Suplementario (ISS)
- Pension de Veteranos o de Sobrevivientes
- Ingreso Total del Hogar es menos 135%de la Guía Federal de Pobreza

Si usted selecciono el Ingreso Total del hogar, provea el número de personas en su hogar.

SECCION 3 - Certificación

Iniciando cada línea y firmando abajo, yo certifico, bajo penalidad de perjurio, que la información contenida en esta certificación es verdadera y correcta en lo mejor de mi conocimiento Y que :

- _____ **Yo certifico** que yo cualifico para el ingreso-basado o el programa-basado para la elegibilidad y criterios para recibir Lifeline.
- _____ **Yo certifico** que yo notificare a mi proveedor con 30 días si por alguna razón yo no satisfago el criterio para recibir Lifeline (por ejemplo, si yo no cualifico para el ingreso-basado para recibir la ayuda de Lifeline, o si yo recibo más de un beneficio de Lifeline, u otro miembro de mi hogar esta recibiendo el beneficio de Lifeline).
- _____ **Yo certifico** que yo estoy buscando cualificar para Lifeline como residente elegible de tierras Tribales, que yo vivo en tierras Tribales, como esta definido por la ley federal.
- _____ **Yo certifico** que si me mudo a una nueva dirección, yo proveeré la nueva dirección a mi servicio de telecomunicación con 30 días.
- _____ **Yo entiendo** que mi hogar recibirá solo un servicio de Lifeline y, que, en lo mejor de mi conocimiento, yo certifico que mi hogar no esta recibiendo el servicio de Lifeline.
- _____ **Yo certifico** que la información contenida en esta certificación es verdad y correcta en lo mejor de mi conocimiento.
- _____ **Yo reconozco** que proveer con información falsa o fraudulenta para recibir el beneficio es castigado por la ley.
- _____ **Yo reconozco** que yo pueda que sea requerido que re-certifique para mi continua elegibilidad para Lifeline en cualquier momento, y que fallo en re-certificar para mi continua elegibilidad resultara en el de-matricula y la terminación de mis beneficios de Lifeline.

Firma*

Fecha*

Enviar la forma completay prueba de elegibilidad a:

MAIL: Horry Telephone Cooperative, Inc. **P.O. Box 1820, Conway, SC 29528-1820** **EMAIL:** customerservice@htcinc.net **FAX:** 843.365.0855

Lifeline es un beneficio federal que hace las mensualidades de teléfono o internet broadband sean mas asequibles para hogares elegibles. Hogares elegibles pueden aplicar para el descuento mensual de Lifeline para internet broadband (casa o celular) o servicio de teléfono (casa o celular) pero no ambos. Su hogar pueda que no reciba el beneficio de Lifeline con más de una compañía. Para el propósito de Lifeline, un hogar es un individuo o un grupo de individuos que viven juntos en la misma dirección y comparten ingresos y gastos. Usted no puede transferir su beneficio del descuento Lifeline a otra persona, a pesar de que él o ella es elegible. Usted puede perder su beneficio de Lifeline y puede ser procesado por el gobierno de los Estados Unidos si viola la regla de uno-por hogar o hace falsas declaraciones para recibir Lifeline.

Para Uso Oficial Solamente: Tipo de Documentación _____ Fecha de Revisión _____

Revisado por _____ Hoja de cálculos de hogarLifeline? Si No Fecha NLAD Consulata _____

HORRY TELEPHONE COOPERATIVE, INC.

Hoja de Cálculos de Hogar Lifeline

El Programa de Lifeline es un beneficio federal que provee un descuento mensual en el servicio de teléfono (casa o celular) o servicio de internet broadband (casa o celular) pero no ambos. **Solo un servicio del Programa de Lifeline por hogar** es permitido bajo ley Federal. Conteste las preguntas en la siguiente página para determinar si hay más de un hogar viviendo en su dirección, y si su hogar recibe ya el beneficio del Programa de Lifeline.

Proveer falsa información en esta forma puede resultar en la pérdida de su servicio apoyado de el Programa de Lifeline y la posibilidad de penalidad criminal.

Su hogar es todos los que viven juntos en su dirección y contribuyen, o comparten, el ingreso y los gastos del hogar. Gastos del hogar incluyen comida, gastos de cuidados de salud, costo o ofrecimiento de pagos de hipoteca en su lugar de residencia y utilidades. Ingreso incluye salario, beneficio de asistencia publica, pagos de seguro social, pensiones, compensación de desempleo, beneficios de veterano, herencias, pensión alimenticia, manutención de los hijos, beneficio de compensación del trabajador, regalos y ganancias de lotería.

Miembros del hogar no estan permitidos a recibir mas de un beneficio del servicio apoyado del Programa de Lifeline. Usted está recibiendo una copia de esta forma porque nuestros expedientes indican que más de una persona en su dirección recibe el beneficio del Programa de Lifeline. Cada persona en esta dirección que recibe beneficio del programa de Lifeline y todavía no ha completado y devuelto la página de cálculos de hogar recibirá una copia de esta forma , pre-populada con el nombre, dirección, y número de teléfono.

Si usted no comparte el ingreso y gastos con otro adulto(s) viviendo en esta dirección quien recibe el beneficio del Programa de Lifeline, o que no otro adulto(s) viviendo en esta dirección recibe el beneficio del Programa de Lifeline, usted **DEBE LLENAR** firmar esta forma para continuar recibiendo los beneficios del Programa de Lifeline. Si usted falla en hacer eso, usted va a ser de-inscrito de su beneficio de el Programa de Lifeline.

Si usted vive con otro adulto(s) que comparte ingresos y gastos con usted que tienen el beneficio de el Programa de Lifeline en servicio de teléfono, su hogar esta recibiendo más de un beneficio de el Programa de Lifeline. Si es así , usted **DEBE** seguir lo siguiente (1) consultar con el otro adulto(s) en su hogar que corrientemente esta recibiendo el beneficio de el Programa de Lifeline y decidir quien mantendrá el beneficio de el Programa de Lifeline en su hogar; y (2) la persona que mantendrá el beneficio de el Programa de Lifeline, Y SOLO ESTA PERSONA llenará la forma entera andemdrum y retornarla a su proveedor de servicio telefónico en 30 días de la fecha de este comunicado. El número de teléfono listado en esta forma va a ser el número que mantendrá el beneficio de el Programa de Lifeline.

Si la PERSONA EN SU HOGAR QUE DESEA MANTENER EL BENEFICIO DE EL PROGRAMA DE LIFELINE PARA EL HOGAR ENTERO Y YA HA PROVISTO una hoja de cálculo de el hogar su proveedor de servicio, entonces NO OTRA ACCION ES NECESARIA. (La persona nombrada debajo no necesita firmar y devolver esta forma a su proveedor de Lifeline).

Luego de 30 días de la fecha de esta carta, todos los otros subscriptores en esta dirección debajo que no han completado la hoja de cálculo de el hogar **NO MAS tendrá el beneficio de el Programa de Lifeline.**

Nombre _____ **Número de Teléfono** _____

Dirección _____
Calle _____ **Apart.** _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

1. Su esposo, esposa o compañero domestico viviendo en su dirección tiene servicio de descuento de el Programa de Lifeline?

_____ **No.** Favor contestar pregunta 2 debajo.

_____ **Si.** Si USTED es la persona que mantendrá el beneficio de Lifeline, **marque OPCION B al final de esta Forma. Si usted no mantendra el beneficio de Lifeline, NO someta esta forma.**



2. Algun otro adulto (edad 18 o mayor, o menor emancipado) vive con usted Y tiene un teléfono descontado de el Programa de Lifeline?

_____ **No.** Favor marcar **OPCION A** debajo y **FIRMAR ESTA FORMA.**

_____ **Si.** Favor contestar pregunta 3 debajo.



3. Usted comparte gasto por cobros, comida y otros gastos de vivienda Y comparten ingresos con la persona en pregunta #2?

_____ **No.** Favor marcar **OPCION C** debajo y **FIRMAR ESTA FORMA.**

_____ **Si.** Si USTED es la persona quien mantendrá el beneficio de el Programa de Lifeline, **marque OPCION B al final de esta forma y firmar. Si usted no mantendrá el beneficio de Lifeline, No someta esta forma.**

Favor de marcar encasillado debajo por la opción que aplique:

OPCION A. [] Nadie en mi hogar, otro que yo, esta corrientemente recibiendo un beneficio de el Programa de Lifeline y por lo tanto yo puedo continuar recibiendo el beneficio de el programa Lifeline.

OPCION B. [] Hay otros en mi hogar que corrientemente reciben el beneficio de el Programa; firmando esta forma, yo sere el único miembro de mi hogar recibiendo el beneficio de el Programa de Lifeline.

OPCION C. [] Hay adultos que residen en la dirección listada arriba quienes reciben el beneficio Programa de Lifeline pero no compartimos ingresos y gastos conmigo, por lo tanto si yo soy el único miembro en mi hogar recibiendo el beneficio de el Programa de Lifeline, yo puedo continuar recibiendo este beneficio.

Yo certifico que la información provista arriba es verdadera. Yo entiendo que violar el requerimiento de la regla de uno-por-hogares en contra se la Ley Federal de la Comisión de Comunicaciones y yo pueda perder el beneficio de el Programa de Lifeline, y pueda ser procesado por el gobierno de los Estados Unidos por violar estas reglas.

Firma _____ Fecha _____

Favor se devolver la forma firmada Horry Telephone Cooperative, Inc. at P.O. Box 1820, Conway, SC 29528-1820; Email: customerservice@htcinc.net; Fax: 843.365.0855