

APLICACIÓN PARA NUEVO MÉXICO – PROGRAMA DE ASISTENCIA TELEFONICA (TAP)

Por Favor Lea Todas las Instrucciones Antes de Completar

Por favor responda de forma completa. Respuestas incorrectas o incompletas pueden provocar que su aplicación sea rechazada. La información en esta solicitud solo se utilizará para evaluar su elegibilidad para el Programa de asistencia telefónica. **La información proporcionada a continuación debe ser la del titular de la cuenta.**

Número Telefónico o # de Cuenta Existente	Nombre (No Iniciales)	Apellido
Dirección donde se localiza el servicio (No se permite casilleros postales)		
Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección de Facturación, Ciudad, Estado y Código Postal (Si es diferente de la Dirección del Servicio) (Se permite casilleros postales)		

POR FAVOR marque los programas en los que participa y adjunte una copia de la documentación de elegibilidad: (Si califica bajo Ingresos, consulte las Pautas de ingresos a continuación).

<input type="checkbox"/> Asistencia Federal para Vivienda Pública (FPHA) o Sección 8	<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nacional Suplementaria (SNAP) Anteriormente Estampillas para Alimentos	<input type="checkbox"/> Medicaid
<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	<input type="checkbox"/> Programa de Almuerzo Gratis del Programa Nacional de Almuerzos Escolares
<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)	

DIRECTRICES DE INGRESOS: se requiere documentación Si no participa en ninguno de los programas anteriores, aún puede ser elegible para el Programa de Asistencia Telefónica si su ingreso familiar anual es igual o inferior a los montos que se muestran a continuación, dependiendo del tamaño de su hogar. **POR FAVOR, REVISE** la casilla correspondiente si es elegible para este ingreso. Indique el número de miembros del hogar si son más de 8.

Personas en el Hogar	Coloque una marca de verificación en la fila que identifica el número en su hogar	INGRESOS GRUESOS ANUALES QUE SON EN O ABAJO LAS CANTIDADES LISTADAS, Cuales son 150% del nivel federal de pobreza
1		\$18,210
2		\$24,690
3		\$31,170
4		\$37,650
5		\$44,130
6		\$50,610
7		\$57,090
8		\$63,570
Por cada miembro adicional en el hogar agregue		\$6,480
Número de personas en el hogar es mayor de 8:		Ingreso mensual real: \$ _____

POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL PROGRAMA DE ASISTENCIA TELEFÓNICA (TAP) ANTES DE FIRMAR A CONTINUACIÓN:

- TAP es un beneficio estatal y hacer declaraciones falsas intencionalmente para obtener el beneficio puede resultar en multas, encarcelamiento, cancelación de la inscripción o ser excluido del programa.
- Solo un servicio TAP está disponible por hogar. Un hogar se define a los fines del programa TAP como cualquier individuo o grupo de individuos que viven juntos en la misma dirección y comparten los ingresos y gastos.
- A una familia no se le permite recibir asistencia de TAP de múltiples proveedores de servicios. Esto incluye tanto a los proveedores inalámbricos como alámbricos.
- La violación de la limitación de una por hogar constituye una violación de las reglas del fondo de servicio universal rural del estado y dará lugar a la cancelación de la inscripción del suscriptor del programa.
- TAP es un beneficio no transferible y el suscriptor no puede transferir su beneficio a ninguna otra persona.

CADA UNO DE LAS SIGUIENTES CERTIFICACIONES DEBEN INICIARSE PARA RECIBIR EL DESCUENTO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA TELEFÓNICA. EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE CUALQUIERA DE LAS CERTIFICACIONES A CONTINUACIÓN RESULTARÁ EN EL RECHAZO DE SU FORMULARIO DE SOLICITUD.

Certifico, bajo pena de perjurio, que:

INICIAL CADA CAJA

- Entiendo y acepto que CenturyLink proporcione la información de mi servicio TAP, que incluye, entre otros, mi nombre, dirección residencial, número de teléfono, la fecha en que se inició / terminó mi servicio TAP y los medios a través de los cuales calificué para TAP. las agencias estatales involucradas en TAP para garantizar la administración adecuada del programa TAP. Entiendo que si no proporciono este consentimiento, no podré recibir soporte de TAP en mi cuenta de CenturyLink.
- Mi hogar cumple con los criterios de elegibilidad basados en el programa o en los ingresos indicados anteriormente.
- Debo notificar a CenturyLink en un plazo de 30 días si, por algún motivo, mi hogar ya no cumple con los criterios para recibir asistencia de TAP. Esto incluye si ya no cumplo con los criterios basados en los ingresos o en el programa para recibir apoyo de TAP, si estoy recibiendo más de un beneficio de TAP, si otro miembro de mi familia está recibiendo un beneficio de TAP, o por cualquier otro motivo, mi hogar ya no satisface los criterios para recibir apoyo de TAP. El no notificar a CenturyLink puede resultar en sanciones y cancelación de la inscripción del programa.
- Debo notificar a CenturyLink en un plazo de 30 días si me mudo a una nueva dirección.
- Solo un beneficio de servicio TAP está disponible por hogar. Que yo sepa, mi hogar aún no está recibiendo un servicio TAP..
- Entiendo que mi servicio CenturyLink TAP no es transferible. No puedo transferir mi servicio a ninguna persona, incluido otro consumidor elegible de bajos ingresos.
- Entiendo que proporcionar información falsa o fraudulenta para recibir asistencia de TAP es punible por ley.
- Entiendo que se me puede exigir que vuelva a certificar la elegibilidad de mi hogar para la asistencia de TAP en cualquier momento, y si no vuelvo a certificar mi elegibilidad continua, se dará de baja la inscripción y la terminación de la asistencia de TAP de mi hogar .
- La información contenida en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma _____ Fecha: _____
Firma del solicitante de TAP (debe ser el titular de la cuenta CenturyLink que aparece en la parte superior de la página uno)

Por favor envíe esta aplicación completa y los documentos de apoyo a: (Documentos Originales no serán devueltos):

**CenturyLink
 P. O. Box 2738
 Omaha, NE 68103-2738**

**Servicio al Cliente: Ex Qwest: (888) 833-9522
 Ex CenturyTel/Embarq: (855) 954-6546
 Fax: (402) 998-7341**