

Formulario de Aplicación

1. Acerca del Programa de Asistencia Telefónica de Minnesota (MTAP)

El descuento MTAP es un beneficio estatal que reduce el costo mensual del servicio telefónico.

Reglas

Si califica, su hogar puede obtener el Programa de Asistencia Telefónica de Minnesota (MTAP) para su teléfono. Su hogar no puede obtener MTAP de más de una compañía telefónica.

Solo se le permite obtener un beneficio de MTAP por hogar, no por persona. Si más de una persona en su hogar recibe MTAP, está infringiendo las reglas y perderá su beneficio.

¿Qué es un hogar?

Un hogar es un grupo de personas que viven juntas y comparten ingresos y gastos (incluso si no están relacionados entre sí).

No le des tu beneficio a otra persona

El programa de descuento telefónico para personas mayores no es transferible. No puede dar su beneficio MTAP a otra persona, incluso si califica.

Debe proporcionar información precisa y verdadera en este formulario y en todos los formularios o cuestionarios relacionados con MTAP. Si proporciona información falsa o fraudulenta, perderá su beneficio de MTAP (es decir, la cancelación de la inscripción o la exclusión del programa).

Documentación de Elegibilidad

Deberá mostrar un documento oficial para demostrar su participación en cualquier programa de ayuda. Debe enviar copias de sus documentos oficiales con esta aplicación.

Proporcione una copia de uno de los siguientes:

1. Una copia de una carta de adjudicación del programa o documento de la agencia gubernamental que contenga su nombre, su dirección, el nombre del programa y la fecha de vigencia de la adjudicación.
2. Solo se aceptarán las tarjetas de programa que muestren su nombre, su dirección o estado, el nombre del programa y la fecha de vigencia.
3. Ingresos:
 - a. Declaración de impuestos federales o estatales del año pasado
 - b. Estado de resultados anual actual del empleador
 - c. Talones de cheques u otro documento oficial que contenga información de ingresos por tres meses consecutivos en los últimos doce meses
 - d. Declaración de beneficios de la Seguridad Social
 - e. Declaración de beneficios de la Administración de Veteranos
 - f. Declaración de beneficios de jubilación o pensión
 - g. Declaración de Beneficios de Desempleo o Compensación al Trabajador
 - h. Carta de Participación en Asistencia General
 - i. Decreto de divorcio o documentación de manutención de menores que contiene información de ingresos
 - l. El extracto bancario no es un comprobante de ingresos válido.

Aplicar

Para solicitar un Programa de Asistencia Telefónica de Minnesota, complete cada sección de este formulario y regrese a:.

CenturyLink Data Services
555 Lake Border Drive
Apopka, FL 32703

FAX: 402-998-7341
Servicio al Cliente: 800-201-4099
Email: TAPCenter@Centurylink.com

Formulario de Aplicación

2. Tu información

Todos los campos son obligatorios a menos que se indique.

¿Cuál es tu nombre legal completo?
El nombre que usa en documentos oficiales, como su tarjeta de seguro social o identificación del estado.

Nombre

Segundo Nombre (opcional) Sufijo (opcional)

Apellido

¿Cuál es tu número de teléfono (si tienes uno)? **¿Cuál es tu fecha de nacimiento?**

Mes Día Año

¿Cuál es tu dirección de correo electrónico (si tienes una)?

¿Cuáles son los últimos 4 números de tu Número de Seguro Social (SSN)?

¿Si no tienes un SSN, cuál es tu Número de

¿Cuál es la mejor manera de contactarte?

correo electrónico teléfono mensaje de texto correo

¿Cual es la dirección de tu casa? (La dirección donde vas a recibir el servicio. No usa ONU P.O. Caja)

Número y Nombre de Calle Dpto., Unidad, Otro

Ciudad Estado Código Postal

¿Es una dirección temporal? Sí No **Marca esta caja si vives en tierras Tribales***

¿Cuál es tu dirección postal? (Solo llena esta sección si no es la misma que tu casa)

Número y Nombre de Calle Dpto., Unidad, Otro

Ciudad Estado Código Postal

3. Calificar para el Programa de Asistencia Telefónica de Minnesota (MTAP)

Complete esta sección para mostrar que usted, su dependiente o alguien en su hogar califica para Lifeline.

Puede calificar a través de algunos programas de asistencia del gobierno o a través de sus ingresos (no necesita calificar a través de ambos).

Califica a través de un programa de gobierno:

Marca a todos los programas que tu o alguien en tu hogar tiene:

Programa de Asistencia para Nutrición Suplementaria (SNAP) (Estampillas para Alimentos)

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

Medicaid

Asistencia Federal para la Vivienda Pública (FPHA)

Pensión de Veteranos y Beneficios para Sobrevivientes

Programas Específicos Para Tribus

Asistencia General del Bureau of Indian Affairs (BIA)

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas de Tribus (TANF Tribal)

Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR)

Head Start (solo los hogares que cumplen con el estándar de ingresos)

Qualify through your income:

Including you, how many people live in your household? (check one)

Is your income the same or less than the amount listed for your state and household size? (only check yes or no next to your household size)

Personas en familia / hogar	Pobreza directriz 135%		
<input type="checkbox"/> 1	\$19,683	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> 2	\$26,622	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> 3	\$33,561	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> 4	\$40,500	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> 5	\$47,439	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> 6	\$54,378	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> 7	\$61,317	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> 8	\$68,256	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Si son más de 8, agrega esta cantidad por cada persona adicional: person:	\$6,939	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

135% de las Guías Federales de Pobreza 2018

*Las Guías de Pobreza Federal se actualizan típicamente a fines de enero.

Formulario de Aplicación

4. Acuerdo

Acepto, bajo pena de perjurio, las siguientes declaraciones:

Debe poner sus iniciales al lado de cada declaración.

Inicial

Mi ingreso familiar anual es 135% o menos que las Pautas Federales de Pobreza (la cantidad que figura en la tabla de Pautas Federales de Pobreza en este formulario).

Inicial

Acepto que si me mudo le daré a mi proveedor de servicios mi nueva dirección dentro de los 30 días.

Inicial

Entiendo que debo informarle a mi proveedor de servicios dentro de 30 días si ya no califico para el Programa de Asistencia Telefónica de Minnesota (MTAP), incluso:

1) 1) No califico a través del programa o las pautas de ingresos.

2) 2) Obtengo más de un beneficio de MTAP.

Inicial

Sé que mi hogar solo puede obtener un beneficio de MTAP y, según mi leal saber y entender, mi hogar no obtiene más de un beneficio de MTAP.

Inicial

Todas las respuestas y acuerdos que proporcioné en este formulario son verdaderos y correctos según mi leal saber y entender..

Inicial

Sé que dar voluntariamente información falsa o fraudulenta para obtener beneficios de MTAP es punible por ley y puede dar lugar a multas, encarcelamiento, desinscripción o ser excluido del programa.

Inicial

Mi proveedor de servicios puede tener que verificar si sigo calificando en cualquier momento. Si necesito volver a certificar (renovar) mi Beneficio MTAP, entiendo que tengo que responder antes de la fecha límite o seré removido del Programa MTAP y mi beneficio MTAP se detendrá.

Inicial

Fui sincero sobre si soy o no un residente de tierras tribales, tal como se define en la sección 2 de este formulario.

Doy mi consentimiento para que CenturyLink me contacte en mi número de teléfono para recibir recordatorios y actualizaciones importantes de mi servicio.

Firma	El día de hoy
<input type="text"/>	<input type="text"/>