

Para determinar la **continuidad** de tu elegibilidad y seguir participando en el programa Lifeline de T-Mobile, deberás firmar esta Certificación de Lifeline (en adelante, la "Certificación"). La Certificación sólo se utilizará para verificar tu participación en estos programas y no será utilizada para ningún otro fin.

- (1) Lifeline es un servicio y un beneficio federal que no puede transferirse a ninguna otra persona;
- (2) El servicio Lifeline está disponible para una sola línea por grupo familiar. Un mismo grupo familiar no puede recibir beneficios de múltiples proveedores;
- (3) A los fines del programa Lifeline, un grupo familiar se define como cualquier persona o grupo de personas que vive en el mismo domicilio y comparte los ingresos y los gastos; y
- (4) Las normas federales prohíben contravenir la regla de un solo servicio Lifeline por grupo familiar y, de no cumplir con tales normas, podrían existir consecuencias tales como la cancelación de la suscripción al programa y hasta una posible acción penal iniciada por el Gobierno de EE.UU.

DATOS SOBRE EL PROGRAMA LIFELINE

Nombre: _____ **Inicial:** _____ **Apellido:** _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____

Dependiente(s) elegible(s): _____ **Número telefónico de T-Mobile:** _____

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social : _____

Dirección residencial: _____ **Apto:** _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Dirección de facturación: _____ **Apto:** _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Esta dirección es Una residencia compartida con varias familias *Completar Formulario sobre Unidad Familiar* **Dirección de correo electrónico:** _____

INFORMACIÓN PERSONAL

PARTICIPACIÓN DE ACUERDO A LOS PROGRAMAS

_____ Por la presente, certifico que yo o mi(s) dependiente(s) elegible(s) reunimos los requisitos para participar en al menos uno de los siguientes programas:

Iniciales (marca todas las opciones que correspondan)

- Medicaid Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (PAN)
- Asistencia Federal para Vivienda Pública (FPHA) o Sección 8 Pensión Federal de Veteranos y Sobrevivientes

ELEGIBILIDAD

Personas del grupo familiar	1	2	3	4	5	6	7	8
El ingreso familiar debe ser igual o inferior a	\$16,281	\$21,924	\$27,567	\$33,210	\$38,853	\$44,496	\$50,139	\$55,782

PARTICIPACIÓN DE ACUERDO AL INGRESO

* Por cada persona adicional de tu grupo familiar, suma \$5,643

_____ Por la presente, certifico que mi ingreso familiar es igual o menor al 135% de las Guías Federales de los Índices de Pobreza, tal como se define abajo. Mi grupo familiar está *Iniciales* integrado por _____ personas.

CERTIFICACIÓN

Certifico, bajo pena de falso testimonio, que: *Pon tus iniciales junto a cada certificación*

Iniciales La información brindada en esta Certificación es verdadera y correcta a mi mejor entender y conocimiento; entiendo que brindar información falsa o fraudulenta en forma intencional para recibir el servicio Lifeline podría ser sancionado con una multa o el encarcelamiento, la cancelación de todos los beneficios de Lifeline y la prohibición de participar en el programa Lifeline. Soy elegible para recibir el servicio Lifeline a través de la participación en el programa o los programas elegibles o por cumplir con los requisitos de ingresos mencionados anteriormente.

Iniciales Entiendo que tengo la obligación de informarle a T-Mobile acerca de cualquier posible cambio en mi elegibilidad dentro de los 30 días de ocurrido dicho cambio, incluyendo sin limitación: (i) una mudanza o cambio de dirección; (ii) cualquier cambio en la participación en los programas mencionados anteriormente o cualquier cambio en los ingresos familiares o las personas del grupo familiar; (iii) si recibo el servicio Lifeline a través de otro proveedor; o (iv) cualquier otro cambio que pudiera afectar mi elegibilidad para recibir el servicio Lifeline a través de T-Mobile; y que, de no cumplir con hacerlo, se podrían aplicar penalizaciones, incluida la suspensión de los beneficios de Lifeline (entre otras cosas).

Iniciales He brindado la dirección donde resido actualmente y, mi grupo familiar recibirá únicamente un beneficio de Lifeline y, a mi leal saber y entender, ninguna otra persona de mi grupo familiar recibe actualmente el servicio Lifeline por parte de otro proveedor, ya sea servicio de línea fija o móvil, servicio pospagado, prepago o gratuito. Acepto que, además de esta certificación anual, es posible que deba volver a certificar la continuidad de mi elegibilidad para el programa Lifeline en cualquier momento y entiendo que de no hacerlo, mis beneficios de Lifeline serán cancelados y podría quedar sujeto a otras penalizaciones.

Iniciales Autorizo a T-Mobile y a sus agentes a acceder a todos los registros (incluidos los registros financieros) que sean requeridos para verificar todo lo que aquí declaro y para confirmar mi elegibilidad para el servicio Lifeline. Autorizo a organismos gubernamentales y a sus representantes autorizados a suministrar información a T-Mobile y sus agentes, y a evaluar dicha información conjuntamente, con el fin de verificar mi participación en programas de asistencia pública que a su vez me otorguen el derecho de recibir el servicio Lifeline.

Iniciales Acepto que T-Mobile podría, y doy mi consentimiento para ello, brindar mi información personal, incluyendo mi nombre, dirección, número telefónico y otros datos, según sea requerido, a la Compañía Administrativa de Servicio Universal (USAC, por sus siglas en inglés), con el fin de verificar que ni yo ni ninguna otra persona en mi grupo familiar recibimos más de un beneficio del servicio Lifeline.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ FECHA: _____

ENVÍA ESTA SOLICITUD POR CORREO A: T-MOBILE - PROGRAMA LIFELINE, PO Box 191957, SAN JUAN PR, 00918 ó LLAMA AL 1-800-937-8997.

INSTRUCCIONES DE ENVÍO

SÓLO PARA USO INTERNO
 Representante: _____ Firma: _____ Fecha: _____