

¿Tiene preguntas? Llame al 1-800-392-3850

Para el uso exclusivo de asociados:

**H M V P** -   -

**1** **INFORMACIÓN PERSONAL**

La persona que se identifica más abajo DEBE SER la misma persona que solicita el servicio Lifeline. No olvide firmar la solicitud en la Sección 3.

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
mes/día/año

Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social:

Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ (si corresponde) Correo electrónico: \_\_\_\_\_ (si corresponde)

Domicilio: ¿Es esta una dirección temporal?

Calle y número: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_  
(No se aceptan apartados postales)

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal: (si es diferente a la que se encuentra arriba)

Calle y número: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_  
(Se aceptan apartados postales)

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**2** **LLENE LA SECCIÓN 2. SELECCIONE A Ó B.**

DEBE proporcionar un comprobante de la participación en el programa o un comprobante de ingreso. No envíe los documentos originales.

**A** **ELEGIBILIDAD EN BASE AL PROGRAMA**

Coloque una marca de verificación  junto a todos los programas a los que usted o algún miembro de su hogar está suscrito.

- Medicaid
- Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP)/Food Stamps
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) (No es lo mismo que las prestaciones del Seguro Social)
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
- Asistencia Federal de Vivienda Pública (Section 8)
- Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)
- Programa de Almuerzos Gratuitos del Programa Nacional de Almuerzos Escolares

Debe proporcionar un comprobante de la participación en el programa, como por ejemplo:

- Su tarjeta de identificación de prestaciones u otro documento que avale la participación en un programa
- Una carta de elegibilidad de una agencia autorizada
- Una declaración de prestaciones (de este año o del anterior)

**B** **ELEGIBILIDAD EN BASE AL INGRESO**

Coloque una marca de verificación  junto a la cantidad de integrantes del hogar. Para calificar, el ingreso anual de su hogar debe estar dentro del rango indicado junto al cuadro de integrantes del hogar. Un hogar se define como cualquier persona o grupo de personas que viven juntas en el mismo domicilio y comparten el ingreso y los gastos.

**O BIEN**

Integrantes del hogar	Ingreso anual	Integrantes del hogar	Ingreso anual
<input type="checkbox"/> 1	\$0 - \$15,512	<input type="checkbox"/> 5	\$0 - \$37,220
<input type="checkbox"/> 2	\$0 - \$20,939	<input type="checkbox"/> 6	\$0 - \$42,647
<input type="checkbox"/> 3	\$0 - \$26,366	<input type="checkbox"/> 7	\$0 - \$48,074
<input type="checkbox"/> 4	\$0 - \$31,793	<input type="checkbox"/> 8	\$0 - \$53,501

Si hay más de 8 personas en su hogar, agregue \$5,427 por cada persona adicional \_\_\_\_\_ \$0 -

Cantidad de integrantes del hogar Ingreso anual

**Ejemplo:** Para un hogar de 9 integrantes, el ingreso anual permitido es: \$0 - \$58,928 (\$53,501 + \$5,427).

Debe proporcionar un comprobante de ingresos, como por ejemplo: Tres meses consecutivos de **ALGUNA** de estas declaraciones (de los últimos 12 meses):

- Su recibo de pago de sueldo
- Declaración de prestaciones del Seguro Social
- Declaración de prestaciones de la Administración de Veteranos
- Declaración de prestaciones de jubilación/pensión
- Declaración de prestaciones por desempleo/indemnización de trabajadores (Worker's Compensation)

**O BIEN**

**UNO** de estos documentos:

- Declaración de impuestos sobre ingresos federal o estatal del año anterior
- Declaración de ingresos por parte del empleador
- Carta federal de participación en Asistencia General
- Acta de divorcio o documento de subsidio para menores (child support) que contenga el ingreso



Envíe la solicitud por correo postal a: Assurance Wireless, PO Box 686, Parsippany, NJ 07054-9726

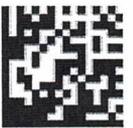
**-O BIEN-**

Envíe los materiales por fax al: 1-877-732-3018



**DÉ VUELTA A LA HOJA PARA FINALIZAR**





**INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DEL PROGRAMA LIFELINE:** Assurance Wireless es un servicio con el respaldo de Lifeline. Lifeline es un beneficio federal al cual solo se pueden suscribir los clientes que reúnan los requisitos. Los clientes que deliberadamente hagan declaraciones falsas para obtener el beneficio pueden ser castigados con multa o prisión, o pueden ser excluidos del programa. Está disponible un servicio Lifeline con descuento (línea fija o inalámbrica) por hogar. No se permite que un hogar reciba beneficios Lifeline de varios proveedores. El incumplimiento de la regla de uno por hogar constituye una violación de las reglas federales y ocasionará la expulsión del programa Lifeline y una posible acción legal de parte del gobierno de los Estados Unidos. Lifeline es un beneficio que no se puede transferir. El servicio no se puede transferir a ninguna persona, incluso a otro consumidor elegible de bajos ingresos.

**3**

**FIRMA**

Al firmar a continuación, declaro bajo pena de perjurio que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

- Participo en un programa federal que cumple los requisitos o reúno las condiciones de ingreso para establecer la elegibilidad para Lifeline. He proporcionado documentación como comprobante de elegibilidad de acuerdo con la sección 2.
- Si he proporcionado una dirección temporal, debo notificar a Assurance Wireless dentro de los 30 días a partir de cualquier cambio de dirección. Assurance Wireless intentará verificar cada 90 días que continúo viviendo en esa dirección. Si no respondo a estos intentos de verificación de dirección dentro de los 30 días, seré expulsado del programa.
- Informaré a Assurance Wireless dentro de los 30 días en cualquiera de los siguientes casos, y podría estar sujeto a sanciones si dejo de hacerlo:
  - Me cambio a un nuevo domicilio.
  - Ya no participo en un programa que califique para Lifeline o el ingreso de mi hogar anual excede el 135% del Índice Federal de Pobreza.
  - Me entero de que mi hogar está recibiendo más de un beneficio de Lifeline.
  - Por cualquier otra razón, ya no reúno los requisitos para el apoyo federal de Lifeline.
- Yo autorizo a Assurance Wireless o a sus representantes a tener acceso a cualquiera de mis registros (incluso los registros financieros) que se requieran para verificar mis declaraciones en este documento y para confirmar mi elegibilidad para el servicio Assurance Wireless. Autorizo a los representantes de las agencias estatales y federales a examinar con Assurance Wireless o a proporcionar información a Assurance Wireless para verificar mi participación en los programas de asistencia pública que me permiten calificar en el servicio de Assurance Wireless.
- También autorizo a Assurance Wireless a permitir el acceso o a entregar cualquier registro que se requiera para la administración del servicio Assurance Wireless.
- Comprendo que llenar esta solicitud no constituye una aprobación inmediata del servicio Assurance Wireless.

**!** DEBE colocar una marca de verificación  junto a siguientes 3 declaraciones, luego firme y ponga la fecha abajo. **SU SOLICITUD NO PUEDE APROBARSE SIN LAS 3 MARCAS DE VERIFICACIÓN Y SU FIRMA.**

- 1. Declaro que mi hogar recibirá solo un beneficio Lifeline. Según mi leal saber y entender, (i) mi hogar no está recibiendo un beneficio Lifeline, o (ii) que si actualmente tengo un plan con otro proveedor, y si recibo la aprobación para el servicio Assurance Wireless, notificaré a mi proveedor actual, **ADEMÁS**
- 2. Comprendo que se me puede pedir en cualquier momento que vuelva a certificar que continúo siendo elegible para Lifeline. El dejar de hacerlo resultará en la cancelación de mis beneficios Lifeline, **ADEMÁS**
- 3. Acepto compartir mi información de identificación personal con Universal Service Administrative Company (USAC) (el administrador del programa Lifeline) y/o sus agentes con el fin de confirmar que ni yo ni mi hogar recibimos más de un beneficio de Lifeline.



FIRMA (Use tinta azul o negra)



NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FECHA     /    /      
mes/día/año

**PERMISO PARA COMPARTIR MI NUMERO TELEFÓNICO Y DIRECCIÓN POSTAL CON MVP HEALTH PLAN, INC.**

Yo autorizo a Assurance Wireless de compartir mi número de teléfono móvil con MVP Health Plan, Inc. para que MVP Health Plan, Inc. se pueda poner en contacto conmigo por teléfono, buzón de voz o mensaje de texto (SMS) para un mejor servicio en proveer información actual que necesite para mantenerme saludable, sin costo alguno para mí y para enviarme mensajes promocionales relacionados con la salud. (Por ejemplo MVP Health Plan, Inc. puede enviar recordatorios de citas, dejar saber si hay necesidad de renovar cobertura, dar a conocer de un evento gratuito en su área, etc.). Yo sé que no estoy bajo ninguna obligación de autorizar a Assurance Wireless de compartir mi número de teléfono como parte de este programa. También sé que puede elegir a no recibir estas comunicaciones de MVP Health Plan, Inc. en cualquier momento llamando a MVP Health Plan, Inc. al 1-800-852-7826, TTY 1-800-622-1220 para teléfono o buzón de voz o al responder **"STOP"** a mensajes de texto (SMS). Yo puedo recibir ayuda de como enviar textos al responder **"HELP"**

\_\_\_ Marque sus iniciales aquí para recibir mensajes importantes de MVP Health Plan, Inc. sin costo alguno. Las llamadas y textos de MVP Health Plan, Inc. son gratis y no cuentan contra su cuota de voz o mensajes en su plan.



- ¿Ha puesto su fecha de nacimiento y los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social?
- ¿Ha anexado su comprobante de elegibilidad?
- ¿Ha marcado las 3 declaraciones de arriba y firmado la solicitud?

**Su solicitud no puede aprobarse sin estos tres elementos.**

También, no se olvide firmar y poner sus iniciales la consentimiento para compartir la sección con mi teléfono y dirección para recibir textos gratis de MVP Health Plan, Inc.