

**SECTION 1 – Applicant Information**

The person whose name is on the service provider bill **MUST** fill out this section.

**Name of Service Provider Customer:** \_\_\_\_\_  
*As it appears on your utility bill (please print)*

Mailing Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Zip Code : \_\_\_\_\_

Telephone Number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
*(Required for the Telephone Lifeline service)*

Account Number: \_\_\_\_\_  
*(Required for the Broadband Lifeline service)*

Email Address: \_\_\_\_\_

Language Preference:  English  Spanish

Home Address: \_\_\_\_\_  
*Required if Mailing Address is a PO Box*

City: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Last 4 of Social Security Number: \_\_\_\_\_  
*(Required)*

Birth Date *(Required)*: \_\_\_\_\_

Telephone/  
Broadband Provider: \_\_\_\_\_

**Benefit Recipient:**

Check if you are qualifying through a child or dependent in your household. If so, answer the following questions:  
*(Note: you must provide proof that this person participates in one of the eligible programs)*

Name of Benefit Recipient: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_

Beneficiary last 4 digits of Social Security Number \_\_\_\_\_ or Full Tribal ID Number: \_\_\_\_\_

**YOU MUST:**

1. Complete & sign the Texas Lifeline Certification Form
2. Complete both pages of the Texas Lifeline Application & sign page 1
3. Provide proof of your eligible Benefits or total Household Income
4. Include a copy of your latest service provider bill

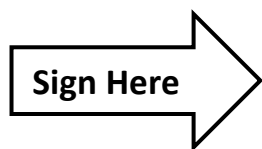
If you do not provide the above documentation, you will not be able to get the Lifeline telephone/broadband discount.

**Declaration** *(please read carefully and sign)*

I certify that my household is receiving only one Lifeline discount. I understand that violation of the one-per-household requirement is against the Federal Communication Commission’s rules and may result in me losing my Lifeline benefits, and potentially, prosecution by the United States government.

I certify under penalty of perjury that my household receives a qualified benefit or my household has income at or below program guidelines and that I presented documentation that accurately represents my household income or participation in a qualified benefit program.

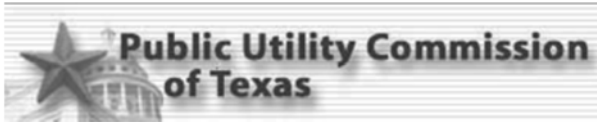
I certify that the information I have provided in this application is true and correct and I agree to participate in the Texas Lifeline program should I be eligible. I understand that the information provided is subject to audit and investigation by the Public Utility Commission of Texas.



\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Applicant’s Signature

**CONTINUE  
TO PAGE 2**

**Mail completed application and required documentation to:**  
Texas Lifeline  
PO Box 4060  
Killeen, Texas 76540-4060  
FAX: 1-877-215-8018



## SECTION 2 – Income Enrollment Worksheet

**HOUSEHOLD SIZE** – Number of people living in your household: \_\_\_\_\_ (Include all adults and children at this address)

Your total household gross annual income from all sources cannot exceed these guidelines:

Number of persons in Household	1	2	3	4	5	6	7	8
Total Household annual income (state)	\$23,475	\$31,725	\$39,975	\$48,225	\$56,475	\$64,725	\$72,975	\$81,225
Total Household annual income (federal)	\$21,128	\$28,553	\$35,978	\$43,403	\$50,828	\$58,253	\$65,678	\$73,103
Type of Income	Dollar Amount				Frequency (Monthly, Weekly, etc.)			
Wages from Employment as shown on pay stub or W-2 Form								
Social Security								
Retirement Income								
Alimony or Child Support								
Unemployment or Worker's Compensation								
All Other Earnings								

### IF YOU ARE QUALIFYING USING YOUR TOTAL HOUSEHOLD INCOME YOU MUST PROVIDE PROOF OF HOUSEHOLD INCOME WITH THIS APPLICATION (provide all documents that apply)

- Copy of pay stub(s) from all employers covering three months in a row within the past twelve months for all members of the household.
- Your most recently filed tax return (**must be signed**) or W-2 form.
- A signed letter from each employer indicating your gross wages covering three months in a row within the past twelve months.
- Documentation of social security income within the last year.
- Copy of an unemployment form with eligibility dates covering three months in a row within the past twelve months.
- Copies of unemployment checks covering three months in a row within the past twelve months.
- Copy of the most recent bank statement showing direct deposit of income (for SSI, Social Security, annuity, pension. See note below)

**\*\*\*Note: Bank Statements will be accepted as valid qualification for the State Benefit only\*\*\***

## SECTION 3 – Program Benefit Enrollment Worksheet

Any Household Member who is eligible for any of these benefits makes the household eligible for the **Telephone/Broadband Discount (Lifeline)**

Federal and State Qualification	State Qualification Only	Federal Qualification Only
<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Health Benefit Coverage under Child Health Plan (CHIP) <input type="checkbox"/> Federal Public Housing Assistance <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income-SSI	<input type="checkbox"/> Low-Income Energy Assistance Program - LIHEAP <input type="checkbox"/> National School Lunch Program - Free Lunch Program <input type="checkbox"/> Temporary Assistance for Needy Families (TANF)	<input type="checkbox"/> Veterans Pension Benefit or Survivors Pension Benefit  Tribal Specific Programs <input type="checkbox"/> Bureau of Indian Affairs (BIA) General Assistance <input type="checkbox"/> Tribal Temporary Assistance for Needy Families (Tribal TANF) <input type="checkbox"/> Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) <input type="checkbox"/> Tribal Head Start (only households that meet the income qualifying standard)

### IF YOU ARE QUALIFYING BECAUSE OF ELIGIBILITY IN A QUALIFIED PROGRAM, YOU MUST PROVIDE PROOF OF PROGRAM PARTICIPATION WITH THIS APPLICATION

- Copy of a letter from a government agency showing eligibility for the qualified benefit
- Copy of a Medicaid card for the eligible individual
- Federal Public Housing rental agreement
- Note: a Lone Star Card is not an eligible document

**Eligible Resident of Tribal Lands** (indicate which tribe): \_\_\_\_\_

**Provide documentation of tribe affiliation and participation in at least one of the following:** Bureau of Indian Affairs General Assistance, Tribally-Administered Temporary Assistance for Needy Families, Head Start (only those meeting its income qualifying standard), or the National School Lunch Program's free lunch program.

## SECCIÓN 1 – Información del solicitante

La persona cuyo nombre figura en la factura del proveedor del servicio **DEBE** completar esta sección.

Nombre del cliente del proveedor del servicio: \_\_\_\_\_  
*Como aparece en la factura* (en letra imprenta)

Dirección donde recibe el correo: \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
(necesario para el servicio telefónico de Lifeline)

Número de cuenta: \_\_\_\_\_  
(necesario para el servicio de banda ancha de Lifeline)

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma de preferencia:  Inglés  Español

Dirección de la residencia: \_\_\_\_\_

*Se requiere si recibe el correo en un apartado postal*

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

Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
(Obligatorio)

Fecha de nacimiento (Obligatorio): \_\_\_\_\_

Proveedor telefónico /  
de banda ancha: \_\_\_\_\_

### Cliente que recibe el beneficio:

Verifique si califica mediante un hijo o dependiente en el hogar. Si es así, responda las siguientes preguntas:  
(Nota: debe proporcionar algún comprobante que demuestre que la persona participa en uno de los programas elegibles.)

Nombre del cliente que recibe el beneficio: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ o número de identificación tribal completo  
del beneficiario: \_\_\_\_\_

### USTED DEBE:

1. Completar y firmar el Formulario de Certificación Lifeline del programa Texas Lifeline
2. Completar ambas páginas de la solicitud de Texas Lifeline y firmar la página 1
3. Proporcionar comprobantes de los beneficios que recibe o el total de los ingresos de su hogar, para confirmar su elegibilidad
4. Incluya una copia de su última factura del proveedor del servicio

Si no proporciona la documentación mencionada anteriormente, no podrá recibir el descuento telefónico/de banda ancha de Lifeline.

### Declaración (lea cuidadosamente y firme)

Certifico que en mi hogar se recibe solamente un descuento Lifeline. Entiendo que el no cumplimiento del requisito de un solo servicio por hogar se considera una infracción de las reglas de la Comisión de la Comunicación Federal y puede dar lugar a que pierda mis beneficios de Lifeline y el posible enjuiciamiento de parte del gobierno de los Estados Unidos.

Certifico so pena de perjurio que mi hogar reúne los requisitos para recibir un beneficio calificado o que mi hogar tiene ingresos que no sobrepasan los límites de las pautas del programa, y que presenté documentación que representa acertadamente los ingresos de mi hogar o nuestra participación en un programa de beneficios calificados.

Certifico que la información que proporcioné en esta solicitud es cierta y verídica y acepto participar en el programa Texas Lifeline si acaso soy elegible. Entiendo que la información que proporcioné está sujeta a auditoría e investigación de parte de la Comisión de Servicios Públicos de Texas.

Firme aquí

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

Fecha: \_\_\_\_\_

**SIGA A LA  
PÁGINA 2**

**Envíe por correo la solicitud completa y la documentación necesaria a:**  
Texas Lifeline  
PO Box 4060  
Killeen, Texas 76540-4060  
FAX: 1-877-215-8018

## SECCIÓN 2 – Planilla de inscripción según los ingresos

**TAMAÑO DEL HOGAR** – Cantidad de personas que viven en su hogar: \_\_\_\_\_ (incluya a todos los adultos y niños que residen en esta dirección) *Su ingreso bruto familiar anual de todas las fuentes de dinero no puede sobrepasar las siguientes pautas:*

Cantidad de personas en el hogar	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso familiar anual y total (estado)	\$23,475	\$31,725	\$39,975	\$48,225	\$56,475	\$64,725	\$72,975	\$81,225
Ingreso familiar anual y total (federal)	\$21,128	\$28,553	\$35,978	\$43,403	\$50,828	\$58,253	\$65,678	\$73,103

Tipo de Ingreso	Cantidad en dólares	Frecuencia (mensual, semanal, etc.)
Salarios del empleo como se figuran en el comprobante o formulario W-2		
Seguro Social		
Ingreso de jubilación		
Pensión alimenticia o manutención infantil		
Compensación al trabajador o de desempleo		
Todos los otros ingresos		

**SI USTED REÚNE LOS REQUISITOS BASÁNDOSE EN EL INGRESO FAMILIAR TOTAL, DEBE ADJUNTAR A ESTA SOLICITUD COMPROBANTES DE LOS INGRESOS FAMILIARES** (proporcione **todos** los documentos pertinentes)

- Copia de los talones de pago de todos los empleadores que cubran tres meses consecutivos dentro de los últimos doce meses de todos los miembros del hogar.
  - Copia de su última declaración de impuestos presentada (**debe estar firmada**) o formulario W-2.
  - Una carta firmada de cada empleador que indique el salario bruto correspondiente a tres meses consecutivos dentro de los últimos doce meses.
  - Documentación de sus ingresos de Seguro Social con dentro del último año.
  - Copia de un formulario de desempleo con fechas de elegibilidad que cubran tres meses consecutivos dentro de los últimos doce meses.
  - Copias de cheques de desempleo que cubran tres meses consecutivos dentro de los últimos doce meses.
  - Copia del último estado de cuenta bancario que demuestre el depósito directo de ingresos (por SSI, Seguro Social, anualidad, pensión Vea la nota a continuación)
- \*\*\*Nota: Los extractos bancarios serán aceptados como prueba, pero solo son válidos para calificar para el beneficio estatal, no para el federal.\*\*\***

## SECCIÓN 3 – Planilla de inscripción al beneficio del programa

Si cualquier integrante del hogar reúne los requisitos para recibir cualquiera de los siguientes beneficios, entonces todo el hogar será elegible para recibir el **descuento telefónico (Lifeline)**

Calificación federal y estatal	Estado solo calificación	Solo calificación federal
<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cobertura de atención médica del Plan de Salud del Niño (CHIP) <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Federal para Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Suplementario—SSI	<input type="checkbox"/> Programa de ayuda energética para hogares de bajos ingresos - LIHEAP <input type="checkbox"/> Programa Nacional de Almuerzo Escolar (Programa de Almuerzo Gratuito) <input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)	<input type="checkbox"/> Beneficio de Pensión de Veteranos o Beneficio de Pensión de Sobrevivientes  Programas específicos para Tribus <input type="checkbox"/> Asistencia General del Bureau of Indian Affairs (BIA) <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas de Tribus (TANF Tribal) <input type="checkbox"/> Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) <input type="checkbox"/> Head Start (sólo los hogares que cumplen con el estándar de ingresos)

**SI USTED REUNE LOS REQUISITOS BASÁNDOSE EN SU ELEGIBILIDAD POR UN PROGRAMA DE LA LISTA ANTERIOR DEBE ADJUNTAR A ESTA SOLICITUD UN COMPROBANTE DE SU PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA**

- Copia de una carta de una agencia gubernamental que confirme que usted reúne los requisitos del beneficio que se requiere
- Copia de una tarjeta de Medicaid de la persona que reúne los requisitos
- Contrato de alquiler de alguna Vivienda Pública Federal
- Nota: No se cumple el requisito de elegibilidad con la Tarjeta Lone Star

**Residente de terrenos de las tribus que reúne los requisitos** (Indique cuál tribu): \_\_\_\_\_

**Presentar documentos de afiliación a la tribu y participación en por lo menos uno de los siguientes programas:**

*Asistencia General de la Oficina de Asuntos Nativoamericanos, Asistencia temporal para la familia necesitada administrada por la tribu, Head Start (solo si cumple las normas de elegibilidad según los ingresos) o el programa de almuerzo gratis del Programa Nacional de Almuerzo en la Escuela.*