



Solicitud de Lifeline: Arkansas

Envíe la solicitud completa a:
AT&T Lifeline, PO Box 2377, Jacksonville, Texas 75766

- Lifeline es un beneficio federal y realizar declaraciones falsas voluntariamente para obtenerlo puede resultar en multas, prisión, cancelación de la inscripción o prohibición para volver a inscribirse en el programa.
- Solo se ofrece un servicio Lifeline por grupo familiar.
- Por "grupo familiar" se entenderá, a los efectos del programa Lifeline, cualquier persona o grupo de personas que vivan juntas en una misma dirección y compartan ingresos y gastos.
- Un solo grupo familiar no podrá recibir beneficios Lifeline de varios proveedores.
- La violación de este límite constituye un incumplimiento del reglamento de la Comisión Federal de Comunicaciones (FCC) y tendrá como consecuencia la cancelación de la inscripción del suscriptor en el programa.
- Lifeline es un beneficio no transferible y el suscriptor no podrá transferirlo a ninguna otra persona.

1. Información del solicitante (la dirección debe ser el domicilio principal)

Apellido	Nombre	Segundo nombre
----------	--------	----------------

Calle (no un apartado postal)	Ciudad	Estado	Código postal
-------------------------------	--------	--------	---------------

Marque la casilla si la dirección es temporal.

Número de Seguro Social del Solicitante (últimos cuatro dígitos): _____

Fecha de Nacimiento del Solicitante (xx/xx/xxxx): _____

2. Dirección de facturación (si difiere de la anterior)

Calle	Ciudad	Estado	Código postal
-------	--------	--------	---------------

3. Tipo de servicio telefónico actual (marque todo lo que corresponda)

- No tengo servicio telefónico actualmente.
 Actualmente cuento con servicio telefónico en la dirección indicada.

Número de teléfono	Proveedor actual
--------------------	------------------

- Actualmente recibo asistencia mensual de Lifeline para la línea telefónica indicada.
(Importante: La asistencia de Lifeline solamente se ofrece para una línea telefónica por grupo familiar. Deberá cancelar la inscripción con su proveedor actual de Lifeline antes de que pueda recibir este beneficio por parte de AT&T.)

4. Requisitos

Todos los suscriptores deberán demostrar que reúnen los requisitos basándose en los siguientes puntos:

- (1) Participación en uno de los programas de asistencia federal listados a continuación, O
- (2) Los ingresos del grupo familiar son iguales o inferiores al 135% de las Normas Federales de Pobreza para un grupo familiar (según la cantidad de integrantes).

- Por la presente certifico que yo, una o más de las personas a mi cargo o los integrantes de mi grupo familiar participamos en al menos uno de los siguientes programas. Asimismo, proporciono una fotocopia de un documento que demuestra mi participación en el mismo. **IMPORTANTE: ENVÍE SOLO FOTOCOPIAS. NO DEVOLVEREMOS NINGÚN DOCUMENTO.** Marque el programa para el que está entregando documentación que certifica que actualmente participa del mismo.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asistencia médica Medicaid (no Medicare) | <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia a Hogares de Bajos Ingresos para Gastos de Energía (Low Income Home Energy Assistance) |
| <input type="checkbox"/> SNAP ("Food Stamps" o cupones de alimentos) | <input type="checkbox"/> Programa de Almuerzos Gratuitos del Programa Nacional de Almuerzos Escolares (National School Lunch Program) |
| <input type="checkbox"/> Ingresos Complementarios de Seguridad (Supplemental Security Income) | <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families) |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Federal para Vivienda Pública (Federal Public Housing Assistance), Sección 8 | |

Si el beneficiario del programa no es usted, sino alguien de su grupo familiar, indique el nombre del beneficiario:

Documentación que se aceptará para demostrar que reúne los requisitos del programa:

1. Declaración actual o del año anterior de los beneficios que recibe de un programa calificado estatal o federal.
2. Una carta que certifique la participación en un programa calificado estatal o federal.
3. Documentos de participación en el programa (por ej., copia de la tarjeta Medicaid o SNAP del cliente).
4. Otros documentos oficiales que certifiquen que el cliente participa en un programa calificado estatal o federal.

4. Requisitos, continuación

- Certifico que los ingresos totales de mi grupo familiar son iguales o inferiores a un 135% de las Normas Federales de Pobreza. También certifico que esta es la cantidad de personas que conforman mi grupo familiar (obligatorio): _____

Normas Federales de Pobreza de 2016: 135%									
Cantidad de Integrantes del Hogar	1	2	3	4	5	6	7	8	por cada persona adicional
En los 48 Estados Contiguos y el Distrito de Columbia	\$16,038	\$21,627	\$27,216	\$32,805	\$38,394	\$43,983	\$49,586	\$55,202	agregar \$5,616

Proporcione una fotocopia de uno de los siguientes documentos que califican. **IMPORTANTE: ENVÍE SOLO FOTOCOPIAS. NO DEVOLVEREMOS NINGÚN DOCUMENTO.** Marque los documentos que está presentando.

- Declaración de impuestos estatal o federal del año previo, declaración actual de ingresos de un empleador o talón de pago.
- Un estado de cuenta de los beneficios del Seguro Social.
- Un estado de cuenta de los beneficios de la Administración de Veteranos de Guerra.
- Un estado de cuenta de los beneficios de jubilación o de pensión.
- Un estado de cuenta de los beneficios de Desempleo o de Indemnización por Accidentes de Trabajo.
- Una carta federal que certifique la participación en el programa de Asistencia General (General Assistance)
- Sentencia de divorcio, sentencia de manutención de los hijos u otro documento oficial con información sobre los ingresos de al menos los últimos tres (3) meses.

AL PONER MIS INICIALES EN CADA UNA DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y AL FIRMAR ABAJO RECONOZCO Y CERTIFICO BAJO PENA DE INCURRIR EN FALSO TESTIMONIO, QUE (1) LEÍ LA INFORMACIÓN DE LA PRESENTE SOLICITUD; (2) LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA PRESENTE SOLICITUD ES VERDADERA Y CORRECTA, Y (3) ENTIENDO QUE DEBO CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DESCRITOS EN ESTA SOLICITUD PARA RECIBIR ASISTENCIA DE LIFELINE, Y

(PONGA SUS INICIALES EN CADA UNA DE LAS DECLARACIONES NUMERADAS Y FIRME ABAJO)

- 1) _____ CUMPLO CON LOS REQUISITOS DE INGRESOS O DEL PROGRAMA PARA RECIBIR LIFELINE, SEGÚN LO DETALLADO ANTERIORMENTE.
- 2) _____ NOTIFICARÉ A LA COMPAÑÍA TELEFÓNICA EN UN PLAZO DE 30 DÍAS SI POR ALGUNA RAZÓN DEJARA DE CUMPLIR CON LOS CRITERIOS PARA RECIBIR LIFELINE, ENTRE OTROS MOTIVOS, SEGÚN SEA PERTINENTE, POR NO CUMPLIR MÁS CON LOS CRITERIOS DE INGRESOS O DEL PROGRAMA PARA RECIBIR LA ASISTENCIA DE LIFELINE, POR RECIBIR MÁS DE UN BENEFICIO DE LIFELINE O PORQUE OTRO INTEGRANTE DE MI GRUPO FAMILIAR RECIBE UN BENEFICIO DE LIFELINE.
- 3) _____ SI CAMBIARA DE DOMICILIO, COMUNICARÉ A AT&T LA NUEVA DIRECCIÓN EN UN PLAZO DE 30 DÍAS.
- 4) _____ MI GRUPO FAMILIAR RECIBIRÁ SOLO UN SERVICIO LIFELINE Y, A MI LEAL SABER Y ENTENDER, MI GRUPO FAMILIAR NO ESTÁ RECIBIENDO ACTUALMENTE NINGÚN SERVICIO DE LIFELINE.
- 5) _____ LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN ES VERDADERA Y CORRECTA SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER.
- 6) _____ RECONOZCO QUE PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS DE LIFELINE ESTÁ PENADO POR LEY.
- 7) _____ RECONOZCO QUE ES POSIBLE QUE DEBA VOLVER A CERTIFICAR QUE CONTINUÓ CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS PARA RECIBIR LIFELINE EN CUALQUIER MOMENTO, Y QUE EN CASO DE QUE NO LO HAGA, SE CANCELARÁ MI INSCRIPCIÓN Y DEJARÉ DE RECIBIR LOS BENEFICIOS DE LIFELINE.
- 8) _____ POR LA PRESENTE, AUTORIZO A AT&T A PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD DE LIFELINE Y CUALQUIER OTRO REGISTRO EXIGIDO POR LA ADMINISTRACIÓN DEL PROGRAMA LIFELINE A LA COMISIÓN FEDERAL DE COMUNICACIONES (FCC, POR SU SIGLA EN INGLÉS) O A LA PERSONA O ENTIDAD DESIGNADA PARA ACTUAR EN SU NOMBRE, INCLUYENDO A UNIVERSAL SERVICE ADMINISTRATIVE COMPANY Y A CUALQUIER AGENCIA ESTATAL O FEDERAL, SEGÚN LO DISPONGA LA LEY.

Firma

Fecha

Solicitud de asistencia de Lifeline: Consentimiento para efectuar verificación de crédito

Gracias por solicitar la asistencia de Lifeline que ofrece AT&T.

Una vez aprobada la solicitud de asistencia de Lifeline, AT&T deberá hacer una verificación de crédito para poder abrir una cuenta en su nombre y activar el servicio. Importante: **su historial crediticio no determinará si podrá recibir la asistencia de Lifeline o no.** Todos los clientes de AT&T deben completar este proceso previo a la activación. En caso de tener alguna pregunta o inquietud, llame a un Representante del Servicio al Cliente de Lifeline al 800.377.9450.

Nuevamente le damos las gracias por seleccionar a AT&T.

* * *

SOLICITANTE: SOLICITO QUE AT&T ME PROPORCIONE LA ASISTENCIA DE LIFELINE. PROPORCIONO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN A AT&T PARA QUE AT&T PUEDA OBTENER Y UTILIZAR MI INFORME DE CRÉDITO Y CUALQUIER INFORMACIÓN RELACIONADA DE CUALQUIER FUENTE CON RESPECTO A MI SOLICITUD DE LA ASISTENCIA DE LIFELINE Y MI PEDIDO DE SERVICIO MÓVIL DE AT&T. ENTIENDO QUE MI SOLICITUD Y EL SERVICIO DE AT&T SE REGISTRÁN EN GENERAL POR LOS TÉRMINOS DEL SERVICIO MÓVIL DE AT&T Y LA CLÁUSULA CONTRACTUAL ADICIONAL DE LIFELINE.

Nombre del solicitante: _____

Calle: _____

Número de teléfono: (_____) _____

Número de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de licencia de conducir (fecha de vencimiento y estado de emisión): _____

Para solicitar el servicio Lifeline de AT&T, envíe por correo

(1) la Solicitud completa de Asistencia de Lifeline, y

(2) este formulario de Consentimiento para efectuar la Verificación de Crédito a la siguiente dirección:

**AT&T
Lifeline
PO Box 2377
Jacksonville, Texas 75766**

Solicitud de asistencia de Lifeline: Arkansas

Cláusula contractual adicional de Lifeline

El presente es un contrato ("Contrato") entre usted ("Cliente") y la entidad a quien la Comisión Federal de Comunicaciones ha otorgado una licencia en forma permanente o temporal para prestar servicios de radio móviles y otros servicios ("Servicio") en el área correspondiente a la cuenta asignada ("Cuenta"). Dicha entidad realiza operaciones comerciales bajo el nombre de AT&T ("AT&T" o la "Empresa"). El servicio Lifeline de AT&T (el "Programa") está sujeto a las tarifas, términos y condiciones que figuran en los Términos del Servicio y en el folleto del Plan de Llamadas, Plan de Servicio o Plan de Tarifas (el "Plan de Tarifas") de AT&T, en esta cláusula contractual adicional, en los correspondientes materiales promocionales y de descripción de funciones que no contradigan esta cláusula o en att.com (en conjunto, la "Información de Venta"). Sin perjuicio de las tarifas, los términos y las condiciones estipulados en los documentos precedentes, la prestación del servicio Lifeline está sujeta a las tarifas, los términos y las condiciones adicionales establecidos en la presente Cláusula Contractual Adicional. En caso de discrepancia entre la presente Cláusula Contractual Adicional y las tarifas, los términos y las condiciones que figuran en los Términos del Servicio, el folleto del Plan de Tarifas o la Información de Venta, prevalecerá lo dispuesto en la presente Cláusula Contractual Adicional.

1. El Programa se puede utilizar únicamente en áreas donde la Empresa haya sido seleccionada como Compañía Calificada de Telecomunicaciones (Eligible Telecommunications Carrier o ETC). El domicilio principal debe estar dentro de un Área de Servicio de ETC de AT&T. Para poder recibir los beneficios del Programa, se debe cumplir con los requisitos correspondientes vigentes al momento de la solicitud. El nombre en la factura telefónica debe coincidir con el nombre del cliente que tiene derecho al Programa.
2. Usted es responsable de notificar a AT&T cuando ya no cumpla con los requisitos correspondientes para recibir los beneficios del Programa dentro de los treinta (30) días posteriores a tener conocimiento de tal inhabilitación. En caso de que AT&T determine que usted ya no tiene derecho al Programa, la Empresa le notificará que el subsidio de Lifeline se discontinuará luego de treinta (30) días contados a partir de la notificación, a menos que el Cliente informe a la Empresa que se trata de un error y presente pruebas de que continúa cumpliendo con los requisitos del Programa. Si al finalizar ese período de treinta (30) días el Cliente no ha presentado aún pruebas de que cumple con los requisitos del Programa, la Empresa suspenderá el subsidio de Lifeline. El período de treinta (30) días no contará si el Cliente notifica a AT&T que no cumple con los requisitos del Programa.
3. Al completar la Solicitud de Lifeline, usted autoriza a AT&T a divulgar la información que le concierne (incluso información financiera), conforme a la administración del Programa. El presente consentimiento seguirá vigente con posterioridad a la terminación del Contrato.
4. Completar la Solicitud de Lifeline no constituye la inscripción inmediata en el Programa. La Empresa se reserva el derecho de constatar el cumplimiento de los requisitos por parte del cliente en cualquier momento. Si usted deja de reunir los requisitos de este Programa, se podrá cambiar su Plan de Tarifas actual por el Plan de Tarifas más favorable al cual tenga derecho, sin previo aviso. Si usted falsifica los requisitos necesarios para este Programa, se compromete a pagar el monto adicional que se le hubiera cobrado de haber estado suscrito al Plan de Tarifas más favorable al que tenga derecho.
5. La asistencia del Programa se aplica como crédito en la factura mensual y se limita al monto de asistencia para el servicio universal a nivel federal o estatal que se ofrece en el área de servicio donde la Empresa haya sido seleccionada como ETC. Esos montos aparecerán en la factura y podrán cambiar periódicamente, sin notificación previa. El monto del crédito no podrá superar el cargo del Servicio.
6. Usted recibirá la asistencia de Lifeline solamente para una línea telefónica, fija o móvil, por grupo familiar. Si usted o cualquier miembro de su grupo familiar recibe subsidios de Lifeline de cualquier otra compañía telefónica, no podrá obtener el servicio Lifeline de AT&T hasta que deje de recibir el servicio Lifeline de parte de cualquier otro proveedor.
7. El Cliente es responsable del costo de un teléfono móvil compatible para recibir el Servicio. No se podrán usar los programas de asistencia de Lifeline para compensar el costo del equipo del cliente.
8. No se cobrarán cargos de servicio universal a nivel federal ni estatal, ni el Cargo Reglamentario de Recuperación de Costos. Usted es responsable del pago de todos los impuestos, cargos, recargos o gravámenes relacionados con el Servicio, que serán facturados por la Empresa.
9. No se permite realizar llamadas de larga distancia internacional. No se permite utilizar el servicio de roaming internacional.
10. Es posible que la Empresa bloquee las llamadas salientes de larga distancia en caso de falta de pago. La manipulación, modificación, ajuste o reparación no autorizada del equipo del Cliente para habilitar la realización de llamadas de larga distancia u otro tipo de llamadas no incluidas en el Plan de Llamadas constituirá un incumplimiento del presente Contrato y podrá derivar en la cancelación del Servicio.
11. Los minutos incluidos en el Plan de Llamadas no se podrán traspasar de mes a mes y deben usarse dentro de la red de AT&T. El servicio de roaming fuera de la red se facturará a una tarifa de veinticinco centavos (\$0.25) por minuto. Los minutos que excedan la cantidad asignada en el Plan de Llamadas se cobrarán a una tarifa de veinticinco centavos (\$0.25) por minuto.

Se requiere un teléfono de AT&T para los planes Lifeline. La información que aparece en la pantalla del teléfono no indica la tarifa que se cobrará. Es importante revisar el mapa de cobertura para ver las áreas que se incluyen en el plan. El mapa muestra una aproximación de la cobertura al aire libre. El mapa puede incluir áreas en las que otras compañías no afiliadas ofrecen sus servicios y es posible que represente el área para la cual se cuenta con licencia en lugar de una aproximación de cobertura. El área de cobertura real puede variar considerablemente de lo que muestran los gráficos del mapa por motivos del terreno, clima, follaje, edificios y demás construcciones, intensidad de la señal, equipo del cliente y otros factores. AT&T no garantiza la cobertura. Los cargos dependerán del lugar de donde se transmite y recibe la llamada, mas no del lugar en donde se encuentra el suscriptor. La cobertura futura se basa en suposiciones actuales de planificación, aunque se encuentra sujeta a cambio y aún no se ha confirmado.

Los períodos de noche y de fin de semana son de 9:00 p.m. a 6:00 a.m. de lunes a viernes, y todo el día los sábados y domingos. Los minutos de uso utilizados en las llamadas de larga distancia a los Estados Unidos se descontarán del plan. No está permitido efectuar llamadas de larga distancia internacional. El costo de roaming fuera de la red es de \$0.25 por minuto y los minutos de uso se descontarán de los minutos incluidos en el plan. No se ofrece servicio de roaming internacional. No se pueden traspasar los minutos de mes a mes. Los minutos de uso que excedan la cantidad asignada en el plan se cobrarán a \$0.25 por minuto. Estos programas gubernamentales ofrecen ayuda para pagar el servicio telefónico y cargos relacionados a personas que cumplen con ciertos requisitos. AT&T ofrece estos programas en lugares limitados. Para determinar si AT&T ofrece el servicio de Lifeline en su lugar de residencia principal, comuníquese con un Representante del Servicio al Cliente de Lifeline al 800.377.9450. Términos y Condiciones: Lifeline está sujeto a los términos y condiciones que aparecen en los Términos del Servicio, el Plan de Tarifas, la Información de Venta y en el Contrato de Lifeline. © 2016 AT&T Intellectual Property. Todos los derechos reservados. AT&T y el logotipo del Globo son marcas comerciales registradas de AT&T Intellectual Property. Todas las otras marcas son propiedad de sus respectivos dueños.