



# Formulario de Solicitud

## Formulario de Solicitud de Servicios Telefónicos Inalámbricos

Solicito el servicio de Chat Mobility y deseo subscribirme en el Programa Federal de Asistencia Telefónica (Federal Lifeline Low Income Telephone Assistance Program) para personas de bajos recursos y recibir descuentos mensuales del servicio.

Nombre Completo \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Día) (Mes) (Año)

Dirección \_\_\_\_\_

Número de Teléfono al que pueden localizarme \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Yo entiendo que este programa está sujeto a las reglas de elegibilidad federales y estatales. Tengo derecho a participar en el Lifeline Program porque recibo beneficios por parte de uno o más programas enlistados en la página de información y cumplo con las reglas de elegibilidad aquí descritas.

### Certificación de Elegibilidad:

- \_\_\_\_\_ Certifico que la información presentada representa exactamente mis ingresos anuales en mi hogar.
- \_\_\_\_\_ Certifico que el número de personas que viven en mi hogar es de \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ El servicio telefónico que estoy solicitando a Chat Mobility será usado como mi teléfono primario en mi residencia.
- \_\_\_\_\_ Este servicio de teléfono será inscrito a mi nombre y yo soy el (la) individuo (a) que recibe la asistencia calificada.
- \_\_\_\_\_ En estos momentos no estoy inscrito (a) en ningún otro (s) programa (s) de servicio telefónico con ninguna otra compañía- ni estoy transfiriendo los beneficios de mi proveedor actual a Chat Mobility.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que ningún otro (s) ocupante (s) calificado (s) en mi residencia puede participar en el Lifeline Program a menos que yo termine mis servicios o cambie de residencia.
- \_\_\_\_\_ Estoy en acuerdo de notificar a Chat Mobility por cualquier cambio en mi residencia.
- \_\_\_\_\_ Estoy en cuerdo de notificar a Chat Mobility en caso de no recibir más los beneficios por parte de alguno de los programas que me hacen elegible para el Lifeline Program.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que Chat Mobility revisará mi elegibilidad periódicamente.

Certifico bajo penalidad de perjurio que toda la información anterior es verdadera y correcta. Estoy en acuerdo de cumplir con todos los requisitos del programa como ha sido indicado.

Firma del Aplicante \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Día) (Mes) (Año)