

## SOUTH DAKOTA APPLICATION - LIFELINE ASSISTANCE PROGRAMS

**Please Read All Instructions Before Completing**

**Please respond completely. Inaccurate or incomplete responses may cause your application to be rejected. The information on this application will only be used to assess your eligibility for Lifeline Assistance. Information provided below should be that of the account holder.**

|                                                                                               |                                                                                                |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Telephone Number or Existing Account #                                                        | First Name (No Initials)                                                                       | Last Name     |
| Address Where Service Is Located (No PO Boxes)                                                |                                                                                                | City          |
|                                                                                               |                                                                                                | State         |
| Check here if this is a temporary address <input type="checkbox"/>                            |                                                                                                | Zip Code      |
| Check here if you participate in the Address Confidentiality Program <input type="checkbox"/> | Billing Address, City, State & Zip Code (If different from Service Address) (PO Boxes Allowed) |               |
| Last 4 Digits of Social Security Number OR Tribal Identification Number                       |                                                                                                | Date of Birth |
| SSN:                                                                                          | Tribal:                                                                                        |               |

**PLEASE CHECK programs in which you or your household currently participate and attach a copy of eligibility documentation: (If qualifying under Income, see Income Guidelines below.)**

|                                                                                                         |                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Federal Public Housing Assistance (FPHA) or Section 8                          | <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)             |
| <input type="checkbox"/> National School Lunch Program's Free Lunch Program                             | <input type="checkbox"/> Medicaid                                       |
| <input type="checkbox"/> Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)                             | <input type="checkbox"/> Temporary Assistance for Needy Families (TANF) |
| <input type="checkbox"/> Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Formerly Known As Food Stamps |                                                                         |

**If you are applying for Lifeline assistance because a member of your household besides you participates in one of these programs, provide his/her name and certify that he/she is a member of your household here:**

Name of Program Participant (please print)

---

\_\_\_\_\_ (Please Initial) I certify that this program participant is a member of my household.

**INCOME GUIDELINES: Documentation Required** If you do not participate in any of the programs above, you may still be eligible for Lifeline Assistance if your annual household income is at or below the amounts shown below depending on the size of your household. PLEASE CHECK the corresponding box if you are eligible on this income basis. Please indicate the number of household members if more than 5.

| Number in Household                      | IF YOUR TOTAL YEARLY HOUSEHOLD GROSS INCOME IS <u>AT OR BELOW</u> THE AMOUNTS LISTED, WHICH ARE: |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                          | 135% of Federal Poverty Level                                                                    |
| 1 <input type="checkbox"/>               | \$16,038                                                                                         |
| 2 <input type="checkbox"/>               | \$21,627                                                                                         |
| 3 <input type="checkbox"/>               | \$27,216                                                                                         |
| 4 <input type="checkbox"/>               | \$32,805                                                                                         |
| 5 <input type="checkbox"/>               | \$38,394                                                                                         |
| For each additional household member add | \$5,589                                                                                          |
| Number of household members:             | No: _____                                                                                        |

**PLEASE READ THE FOLLOWING IMPORTANT INFORMATION ABOUT THE LIFELINE PROGRAM BEFORE YOU SIGN BELOW:**

- Lifeline is a federal benefit and willfully making false statements to obtain the benefit can result in fines, imprisonment, de-enrollment or being barred from the program.
- Only one Lifeline service is available per household. A household is defined for the purposes of the Lifeline program as any individual or group of individuals who live together at the same address and share income and expenses.
- A household is not permitted to receive Lifeline assistance from multiple telephone service providers. This includes both wireless and wireline providers.
- I understand that if I am currently receiving Lifeline benefits from another carrier, by submitting this form I am agreeing to discontinue receiving that other carrier's benefit and instead to receive my one Lifeline benefit from CenturyLink.
- Violation of the one-per-household limitation constitutes a violation of the Federal Communications Commission's rules and will result in the subscriber's de-enrollment from the program and potentially prosecution by the US government.
- Lifeline is a non-transferable benefit and the subscriber may not transfer his or her benefit to any other person.

**EACH OF THE FOLLOWING CERTIFICATIONS MUST BE CHECK-MARKED IN ORDER TO RECEIVE LIFELINE. FAILURE TO CHECK ANY OF THE CERTIFICATIONS BELOW WILL RESULT IN REJECTION OF YOUR APPLICATION FORM.**

**CHECK MARK EACH BOX**

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

**I certify, under penalty of perjury, that:**

- I understand and consent to CenturyLink providing my Lifeline service information, including but not limited to, my name, residential address, phone number, date of birth; the last 4 digits of my social security number; the date on which my Lifeline service was initiated/terminated, and the means through which I qualified for Lifeline, to the Universal Service Administrative Company (USAC), USAC's agents, the National Lifeline Accountability Database, and/or state agencies involved in Lifeline to ensure the proper administration of the Lifeline program. I understand that if I fail to provide this consent, **I will not be able to receive Lifeline support on my CenturyLink account.**
- My household meets the program-based or income-based eligibility criteria indicated above.
- I must notify CenturyLink within 30 days if for any reason my household no longer satisfies the criteria for receiving Lifeline assistance. This includes if I no longer meet the income-based or program-based criteria for receiving Lifeline support, if I am receiving more than one Lifeline benefit, if another member of my household is receiving a Lifeline benefit, or for any other reason, my household no longer satisfies the criteria for receiving Lifeline support. Failure to notify CenturyLink may result in penalties and deenrollment from the program.
- I must notify CenturyLink within 30 days if I move to a new address.
- Only one Lifeline service benefit is available per household. To the best of my knowledge, my household is not already receiving a Lifeline service.
- I understand that my CenturyLink Lifeline service is not transferrable. I may not transfer my service to any individual, including another eligible low-income consumer.
- I understand that providing false or fraudulent information to receive Lifeline assistance is punishable by law.
- I understand that I may be required to re-certify my household's eligibility for Lifeline assistance at any time, and if I fail to re-certify as to my continued eligibility, it will result in de-enrollment and the termination of my household's Lifeline assistance.
- The information contained in this form is true and correct to the best of my knowledge.

Date: \_\_\_\_\_

**Lifeline Assistance Applicant Signature**  
(Must be the CenturyLink account holder listed at the top of page one)

Please mail this completed application and any supporting documents to (Original Documents are not returned):  
**CenturyLink** Customer Service: Former Qwest: (888) 833-9522  
 P. O. Box 2738 Former CenturyTel/Embarq: (855) 954-6546  
 Omaha, NE 68103-2738 Fax: (402) 998-7341  
 Email: TAPCenter@CenturyLink.com

**Application Checklist – Please provide the following:**

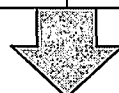
1. Signed and completed Lifeline application form. Applicant name must be Account Holder name.
2. If applying based on program eligibility, a copy of a program award letter or government agency document containing your name, your address, the program name and the **effective date of the award**.
3. **Only** program cards that display your name, your address or state, program name and effective date will be accepted.
4. If applying based on the size and income level of customer's household, provide a copy of one of the following:
  - Last year's Federal or State Income Tax Return
  - Current Annual Income Statement from Employer
  - Paycheck stubs or other official document containing income information for any three consecutive months within the last twelve months
  - Social Security Statement of Benefits
  - Veteran's Administration Statement of Benefits
  - Retirement or Pension Statement of Benefits
  - Unemployment or Worker's Compensation Statement of Benefits
  - Letter of Participation in General Assistance
  - Divorce Decree or Child Support Documentation containing income information
  - Bank Statement is **not** valid proof of income.

A household is defined as a group of individuals who live together, at the same address, and share income and expenses. For example, apartments in an apartment building are usually unique households. Individuals living in a nursing home can be considered unique households. Answer the questions below to determine if there is more than one household living at your address. Providing false information on this form may result in losing your Lifeline service and/or criminal penalties.

1. Does another adult (age 18 or older or emancipated minor) live with you **AND** have a Lifeline-discounted phone service or a "free" wireless phone? For example, husband, wife, domestic partner, parent, son, daughter, another relative (such as a sibling, aunt, cousin, grandparent, grandchild, etc.), a roommate, or another person.

**No.** You are **ELIGIBLE** for Lifeline because no one in your household has Lifeline. Please **SIGN** below to certify that this is true.

**Yes.** Please answer question 2 below.



2. Do you share expenses for bills, food, or other living expenses **AND** share income (salary, public assistance benefits, social security payments or other income) with the person in question #1 that has a Lifeline-discounted phone service?

**No.** You are **ELIGIBLE** for Lifeline because no one in your household has Lifeline. Please **SIGN** below to certify that this is true.

**Yes.** **STOP.** Do not sign the form. You are **NOT ELIGIBLE** because someone in your household already has Lifeline.

I certify that the information provided above is true and that no one in my household already has Lifeline. I understand that violating the one-per-household requirement is against the Federal Communications Commission's rules and I may lose my Lifeline benefits, and may be prosecuted by the United States government for violating the rules.

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Please mail this completed application and any supporting documents to (Original Documents are not returned):  
**CenturyLink**  
 P. O. Box 2738  
 Omaha, NE 68103-2738  
 Customer Service: Former Qwest: (888) 833-9522  
 Former CenturyTel/Embarq: (855) 954-6546  
 Fax: (402) 998-7341  
 Email: TAPCenter@CenturyLink.com

## APLICACIÓN – PROGRAMAS DE ASISTENCIA LIFELINE (CO, IA, ND, SD, WA & WY)

Por Favor Lea Todas las Instrucciones Antes de Completar

Por favor responda de forma completa. Respuestas incorrectas o incompletas pueden provocar que su aplicación sea rechazada. La información en esta aplicación sólo será utilizada para evaluar su elegibilidad para Asistencia de Lifeline. **La información proporcionada a continuación debe ser la del titular de la cuenta.**

|                                                                                                    |                                                                                                                                           |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Número Telefónico o # de Cuenta Existente                                                          | Nombre (No Iniciales)                                                                                                                     | Apellido      |
| Dirección donde se localiza el servicio (No se permite casilleros/postales)                        |                                                                                                                                           | Estado        |
| Ciudad                                                                                             |                                                                                                                                           | Código Postal |
| Marque aquí si es una dirección temporal: <input type="checkbox"/>                                 |                                                                                                                                           |               |
| Marque aquí si usted participa en la confidencialidad Dirección programa: <input type="checkbox"/> | Dirección de Facturación, Ciudad, Estado y Código Postal (Si es diferente de la Dirección del Servicio): (Se permite casilleros/postales) |               |
| Últimos 4 dígitos de Número de Seguro Social o Número de Identificación Tribal                     | Fecha de nacimiento                                                                                                                       |               |
| Número de Seguro Social                                                                            | Número de Identificación Tribal                                                                                                           |               |

**POR FAVOR MARQUE los programas en los que usted o su hogar participan actualmente y adjunte una copia de la documentación de elegibilidad: (Si califica bajo Criterio de Ingresos, ver Lineamientos de Ingresos más abajo.)**

|                                                                                                                        |                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asistencia Federal para Vivienda Pública (FPHA) o Sección 8                                   | <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)             |
| <input type="checkbox"/> Programa Nacional Gratuito de Almuerzo Escolar                                                | <input type="checkbox"/> Medicaid                                             |
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia en Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)                     | <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) |
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nacional Suplementaria (SNAP) Anteriormente Estampillas para Alimentos |                                                                               |

**Si usted está aplicando para asistencia de Lifeline porque un miembro de su hogar, además de usted, participa en uno de estos programas, proporcione su nombre y certifique aquí que él/ella es un miembro de su hogar:**

Nombre del Participante en el Programa (en letra impresa)

---

\_\_\_\_\_ (Escriba sus Iniciales) Certifico que este participante del programa es un miembro de mi hogar.

**LINEAMIENTOS DE INGRESOS: Una copia de la documentación de elegibilidad** Si usted no participa en ninguno de los programas anteriores, todavía puede ser elegible para Asistencia de Lifeline si su ingreso anual del hogar es igual o inferior a las cantidades siguientes en función del tamaño de su hogar. **POR FAVOR MARQUE** la casilla correspondiente si usted es elegible sobre esta base de ingresos. Por favor indique el número de miembros del hogar si es más de 5.

| Personas en el Hogar                           | SI SU INGRESO TOTAL ANUAL DEL HOGAR ES IGUAL O INFERIOR A LOS MONTOS INDICADOS, QUE SON: |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                | Lifeline/TAP<br>135% de Nivel Federal de Pobreza                                         |
| 1 <input type="checkbox"/>                     | \$16,038                                                                                 |
| 2 <input type="checkbox"/>                     | \$21,627                                                                                 |
| 3 <input type="checkbox"/>                     | \$27,216                                                                                 |
| 4 <input type="checkbox"/>                     | \$32,805                                                                                 |
| 5 <input type="checkbox"/>                     | \$38,394                                                                                 |
| Por cada miembro adicional en el hogar agregue | \$5,589                                                                                  |
| Número de personas en el hogar es mayor de 5:  | Ingreso Mensual Actual:                                                                  |

**Si usted vive en uno de los estados que se indican a continuación, podría calificar para asistencia de Lifeline a través de uno de los siguientes programas estatales. Por favor marque completamente la casilla junto a los programas.**

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>WY</b> | <input type="checkbox"/> Asistencia para el Cuidado de Niños (Child Care Assistance)<br><input type="checkbox"/> Asistencia para Medicamentos Recetados (Prescription Drug Assistance)<br><input type="checkbox"/> Oportunidades Personales con Responsabilidades de Empleo (POWER, por sus siglas en inglés) |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DEL PROGRAMA LIFELINE ANTES DE FIRMAR A CONTINUACIÓN:**

- Lifeline es un beneficio federal y hacer declaraciones falsas intencionalmente para obtener el beneficio puede resultar en multas, encarcelamiento, ser excluido de la suscripción o ser eliminado del programa.
- Sólo un servicio Lifeline está disponible por hogar. Para los fines del programa Lifeline un hogar se define como cualquier individuo o grupo de individuos que viven juntos en la misma dirección y comparten ingresos y gastos.
- Un hogar no está autorizado para recibir asistencia de Lifeline de múltiples proveedores de servicios telefónicos. Esto incluye tanto proveedores de servicios móviles como de línea fija.
- Entiendo que si estoy recibiendo actualmente beneficios de Lifeline de otra compañía, mediante la presentación de este formulario estoy de acuerdo con suspender la recepción que otras compañías se benefician y en lugar de recibir mi uno de los beneficios Lifeline de CenturyLink.
- La violación de la limitación de un servicio por hogar constituye una violación de las normas de la Comisión Federal de Comunicaciones y dará lugar a que el suscriptor sea excluido del programa y a que potencialmente sea perseguido por el gobierno de los EE.UU.
- Lifeline es un beneficio no transferible y el suscriptor no podrá transferir su beneficio a ninguna otra persona.

**CADA UNA DE LAS SIGUIENTES CERTIFICACIONES DEBE ESTAR MARCADA PARA PODER RECIBIR LIFELINE. SI ALGUNA DE LAS CERTIFICACIONES SIGUIENTES NO ES MARCADA, SU FORMULARIO DE APLICACIÓN SERÁ RECHAZADO.**

**Certifico, bajo pena de perjurio, que:**

|                            |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MARQUE CADA CASILLA</b> | <input type="checkbox"/> | Entiendo y doy mi consentimiento a CenturyLink para proporcionar la información de la cuenta de mi servicio Lifeline, incluyendo pero no limitado a, mi nombre, dirección residencial, número de teléfono, fecha de nacimiento; últimos 4 dígitos de mi número de seguro social, fecha en la que mi servicio Lifeline comenzó/terminó, cantidad de asistencia proporcionada por Lifeline, y los medios por los cuales he calificado para Lifeline, a la Compañía Universal de Servicios Administrativos (USAC), los agentes de la USAC, la Base de Datos Nacional de Rendición de Cuentas Lifeline, y / o los organismos estatales involucrados en Lifeline para garantizar la correcta administración del programa Lifeline. Entiendo que si no doy este consentimiento, CenturyLink me negará el servicio Lifeline. |
|                            | <input type="checkbox"/> | Mi hogar cumple con los criterios de elegibilidad basados en programas o en ingresos según lo indicado anteriormente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                            | <input type="checkbox"/> | Debo notificar a CenturyLink en un plazo de 30 días si por alguna razón mi hogar ya no cumple los criterios para recibir asistencia de Lifeline. Esto incluye si ya no cumplo con los criterios basados en ingresos o en programas para recibir asistencia de Lifeline, si estoy recibiendo más de un beneficio de Lifeline, si otro miembro de mi hogar está recibiendo un beneficio de Lifeline, o si por cualquier otra razón, mi hogar ya no satisface los criterios para recibir asistencia de Lifeline. El no notificar a CenturyLink puede resultar en multas y en ser eliminado del programa.                                                                                                                                                                                                                 |
|                            | <input type="checkbox"/> | Debo notificar a CenturyLink en un plazo de 30 días si me mudo a una nueva dirección.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                            | <input type="checkbox"/> | Sólo un beneficio del servicio Lifeline está disponible por hogar. A mi leal saber y entender, mi familia no está recibiendo ya un servicio de Lifeline.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                            | <input type="checkbox"/> | Entiendo que mi servicio Lifeline de CenturyLink no es transferible. No podré transferir mi servicio a otra persona, incluyendo a otro consumidor de bajos ingresos que sea elegible.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                            | <input type="checkbox"/> | Entiendo que el proporcionar información falsa o fraudulenta para recibir asistencia de Lifeline es penado por la ley.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                            | <input type="checkbox"/> | Entiendo que puedo ser requerido para volver a certificar la elegibilidad de mi hogar para asistencia de Lifeline en cualquier momento y que la imposibilidad de volver a certificar mi elegibilidad continua resultará en la eliminación de la suscripción y la terminación de asistencia de Lifeline para mi hogar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                            | <input type="checkbox"/> | La información contenida en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

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

**Firma del Aplicante para el Programa Lifeline**  
 (Debe ser el titular de la cuenta de CenturyLink que aparece en la parte superior de la página uno)

Por favor envíe esta aplicación completa y los documentos de apoyo a: (Documentos Originales no serán devueltos):  
**CenturyLink** Servicio al Cliente: Ex Qwest: (888) 833-9522  
 P. O. Box 2738 Ex CenturyTel/Embarq: (855) 954-6546  
 Omaha, NE 68103-2738 Fax: (402) 998-7341  
 Email: TAPCenter@CenturyLink.com

**Lista de Requisitos para la Aplicación – Por favor proporcione lo siguiente:**

1. **Formulario de aplicación para Lifeline completado y firmado.** Nombre del solicitante debe ser titular de la Cuenta Nombre. Si se aplica sobre la base de elegibilidad del programa, una copia de una carta de adjudicación programa o documento agencia del gobierno que contenga su nombre, su dirección, el nombre del programa y la fecha de vigencia de la concesión.
2. No se aceptarán tarjetas único programa que muestran su nombre, su dirección o estado, nombre del programa y la fecha de vigencia.
3. Si está aplicando sobre la base de tamaño y nivel de ingresos del hogar del cliente, proporcione una copia de los siguientes documentos:
  - Reembolso de Impuestos Federal o Estatal del año anterior.
  - Declaración de Ingreso Anual Actual emitida por el Empleador.
  - Talones de cheque u otro documento oficial que contenga información de ingresos de cualesquiera tres meses consecutivos dentro de los últimos doce meses.
  - Declaración de Beneficios del Seguro Social.
  - Declaración de Beneficios de la Administración de Veteranos.
  - Declaración de Beneficios de Retiro o Pensión.
  - Declaración de Beneficios de Desempleo o Compensación de Trabajadores.
  - Carta de Participación en Asistencia General.
  - Sentencia de Divorcio o Documentación de Manutención Infantil que contenga información de ingresos.
  - Estado de cuenta bancaria no es una prueba válida de ingresos.

Un hogar se define como un grupo de individuos que viven juntos, en la misma dirección, y los ingresos de acciones y gastos. Por ejemplo, los apartamentos en un edificio de apartamentos suelen ser los hogares particulares. Las personas que viven en un hogar de ancianos se pueden considerar hogares únicos. Responda las siguientes preguntas para determinar si hay más de un hogar que viven en su domicilio. Proporcionar información falsa en este formulario puede resultar en la pérdida de su servicio Lifeline o sanciones penales.

1. ¿vive otro adulto ( mayor de 18 años o menor emancipado ) con usted y tener un servicio telefónico con descuento Lifeline o un teléfono inalámbrico "libre" ? Por ejemplo , marido , esposa, pareja de hecho , padre, hijo, hija, otro pariente (como un hermano, tía, primo, abuelo, nieto , etc. ) , un compañero de piso , u otra persona.

**No.** Usted es elegible para Lifeline porque nadie en su casa tiene Lifeline. Por favor firme abajo para certificar que esto es cierto.

**Sí.** Por favor, responda a la pregunta 2 a continuación.

2. ¿Usted comparte los gastos de las facturas , comida u otros gastos de manutención y compartir los ingresos (salario , beneficios de asistencia pública , pagos de seguridad social o de otros ingresos) con la persona en la pregunta # 1 que tiene un servicio telefónico con descuento Lifeline ?

**No.** Usted es elegible para Lifeline porque nadie en su casa tiene Lifeline. Por favor firme abajo para certificar que esto es cierto.

**Sí.** Deténgase . No firme el formulario. Usted no es elegible porque alguien en su casa ya tiene Lifeline.

Certifico que la información proporcionada es verdadera y que nadie en mi casa ya tiene Lifeline. Entiendo que la violación de la exigencia de una por hogar está en contra de las reglas de la Comisión Federal de Comunicaciones y puedo perder mis beneficios de Lifeline , y podría ser procesado legalmente por el gobierno de los Estados Unidos por violar las reglas.

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Por favor envíe esta aplicación completa y los documentos de apoyo a: (Documentos Originales no serán devueltos):  
**CenturyLink** Servicio al Cliente: Ex Qwest: (888) 833-9522  
 P. O. Box 2738 Ex CenturyTel/Embarq: (855) 954-6546  
 Omaha, NE 68103-2738 Fax: (402) 998-7341  
 Email: TAPCenter@CenturyLink.com