

CenturyLink  
P. O. Box 2738  
Omaha, NE 68103-2738



Dear CenturyLink Customer,

Enclosed you will find an application form that must be completed in order for you to participate in the Lifeline program. The Lifeline program enables you to receive a discount on your monthly service charges for voice services or some broadband services.

In order for you to qualify for Lifeline benefits, you must certify that you, a dependant or someone in your household participates in a qualifying aid program or meets income standards as shown on the attached application. 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. Only one Lifeline discount is allowed per household. This restriction applies to all phone and internet services in the household, including landline and wireless services.

To qualify for discounts from CenturyLink, please complete, sign and return the enclosed Lifeline application, including copies of the eligibility documentation to the address shown on the application. Please send only photocopies of any required documents, as we will not be responsible for loss of or damage to any original documents that are submitted. Please note that original documents sent to us to prove eligibility will not be returned.

Please be aware that once you have signed up with any provider to receive Lifeline benefits, there is a period of time where you are not allowed to move or transfer your Lifeline benefits to another provider. For Lifeline Voice recipients, your lifeline benefit will be frozen with that provider for 60 days. You can buy service from another provider at any time. However, you will not be able to apply for Lifeline benefits with the new provider until the 60 days have passed. Broadband services have a similar requirement, except that the transfer freeze is 12 months instead of 60 days. This means that you cannot receive Lifeline benefits from a different provider for one year.

We appreciate the opportunity to serve you.

Sincerely,

CenturyLink

**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. All eligible Lifeline recipients must be enrolled and validated in the National Lifeline Accountability Database (NLAD) before the Lifeline discount can be applied to their telephone bill. Proof of [the last four digits of your Social Security Number] or [your Social Security Number] and Date of Birth are necessary when confirming your identity with the NLAD. Providing this information at the time of application may accelerate the discount's appearance on your telephone bill.
5. If applying based on the size and income level of customer's household<sup>1</sup>, 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.

## SOUTH DAKOTA APPLICATION - LIFELINE ASSISTANCE PROGRAMS

### Please Read All Instructions Before Completing

**Federal Lifeline Benefits are now available for qualifying broadband as well as voice services.**

**Voice Lifeline discounts are available to participants of both state and federally recognized aid programs and to those meeting income qualifications. Lifeline discounts on voice include a transfer restriction (port freeze) for 60 days. This means that you are unable to obtain the Lifeline discount on service with another provider for 60 days from the date that your current voice service Lifeline discounts began.**

**Broadband Lifeline discounts are only available to participants of federally-recognized aid programs and to those meeting federal income qualifications (income at or below 135% of the federal poverty level). Broadband speeds must be 10 Mbps download and 1 Mbps upload or faster to qualify. Lifeline discounts on broadband include a transfer restriction (port freeze) for 12 months. This means that once Lifeline broadband discounts begin, you will be unable to obtain a Lifeline discount with another provider for 12 months if you switch your service. State Lifeline discounts do not apply to broadband service.**

**If you purchase voice and qualifying broadband services, the federal Lifeline discount will apply to your qualifying broadband service, and the 12-month benefit transfer restriction will apply.**

**If you purchase only voice service or voice service with non-qualifying broadband service, you may receive both state and federal Lifeline discounts on your voice service. Certain exceptions to the transfer restrictions may apply. See <http://www.lifelinesupport.org/ls/change-my-company.aspx> for more information.**

**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)   | Middle Initial | Last Name |          |
| Address Where Service is Located (No PO Boxes)<br><small>Check here if this a temporary address <input type="checkbox"/></small> |  | City           | State     | Zip code |
| <small>Check here if you participate in the Address Confidentiality Program <input type="checkbox"/></small>                     | 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"/> Medicaid   | <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)                    |
| <input type="checkbox"/> Veteran's Pension and Survivor's Pension Program                               | <input type="checkbox"/> Federal Public Housing Assistance (FPHA) or Section 8 |
| <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 8.**

| <b>Number in Household</b><br><b>Please check box</b> | <b>IF YOUR TOTAL YEARLY HOUSEHOLD GROSS INCOME IS</b><br><b>AT OR BELOW THE AMOUNTS LISTED, WHICH ARE:</b><br><b>135% of Federal Poverty Level</b> |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/>                            | \$16,281   |
| 2 <input type="checkbox"/>                            | \$21,924   |
| 3 <input type="checkbox"/>                            | \$27,567   |
| 4 <input type="checkbox"/>                            | \$33,210   |
| 5 <input type="checkbox"/>                            | \$38,853   |
| 6 <input type="checkbox"/>                            | \$44,496   |
| 7 <input type="checkbox"/>                            | \$50,139   |
| 8 <input type="checkbox"/>                            | \$55,782   |
| For each additional household member add              | \$5,643  |
| Number of household members greater than 8: _____     | Actual Monthly Income \$ _____   |

## Lifeline Household Worksheet

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.

|   |   |
|---|---|
| <b>1</b> Does another adult (age 18 or older or emancipated minor) live with you AND have a Lifeline-discounted service or a "free" wireless Lifeline service? 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. |   |
| <input type="checkbox"/> <b>NO</b> You are <b>ELIGIBLE</b> for Lifeline because no one in your household has Lifeline. Please <b>SIGN</b> below to certify that this is true.   | <input type="checkbox"/> <b>YES</b> Please answer question 2 below. |



|   |  |
|---|--|
| <b>2</b> 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 service? |  |
| <input type="checkbox"/> <b>NO</b> You are <b>ELIGIBLE</b> for Lifeline because no one in your household has Lifeline. Please <b>SIGN</b> below to certify that this is true.   | <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <b>STOP. DO NOT SIGN THE FORM.</b> You are <b>NOT ELIGIBLE</b> because someone in your household already has Lifeline. |

**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 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 INITIALED IN ORDER TO RECEIVE LIFELINE. FAILURE TO INITIAL ANY OF THE CERTIFICATIONS BELOW WILL RESULT IN REJECTION OF YOUR APPLICATION FORM.**

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

**INITIAL EACH BOX**

- 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 de-enrollment 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.
- Once I sign up for discounts with one provider, I cannot receive Lifeline benefits from another provider for a period of time. I understand that if I purchase only voice services that qualify for Lifeline discounts I cannot move my benefits to another provider for 60 days. If I have broadband products that qualify for Lifeline discounts, I cannot move my benefits to another provider for 12 months.

Signature: \_\_\_\_\_ 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):**

|                             |           |                            |   |
|-----------------------------|-----------|----------------------------|---|
| <b>CenturyLink</b>          | <b>Or</b> | <b>Customer Service:</b>   | <b>Former Qwest: (888) 833-9522</b>             |
| <b>P. O. Box 2738</b>       |           |                            | <b>Former CenturyTel/Embarq: (855) 954-6546</b> |
| <b>Omaha, NE 68103-2738</b> |           | <b>Fax: (402) 998-7341</b> | <b>Email: TAPCenter@CenturyLink.com</b>         |

Estimado Cliente de CenturyLink,

Adjunto encontrará un formulario de aplicación para Lifeline que debe ser completado con el fin de participar en el programa Lifeline. El programa Lifeline le permite recibir un descuento en sus cargos mensuales por servicio local. Sólo se permite un descuento de Lifeline por hogar. Esta restricción aplica a todos los teléfonos en el hogar, incluyendo teléfonos fijos y móviles.

Para poder calificar para los beneficios de Lifeline, usted debe certificar que usted, una persona a su cargo o alguien en su hogar participa en un programa de asistencia que califique o cumple con los estándares de ingresos, tal como se muestra en la aplicación adjunta. Para efectos del programa Lifeline, un hogar se define como un individuo o grupo de individuos que viven juntos en la misma dirección y que comparten ingresos y gastos.

Por favor complete, firme y devuelva la aplicación de Lifeline adjunta, incluyendo fotocopias de la documentación de elegibilidad, a CenturyLink a la dirección indicada en la aplicación. Por favor envíe solamente fotocopias de los documentos requeridos ya que CenturyLink no se hará responsable de la pérdida o daño de los documentos originales que se presenten. Tenga en cuenta que los documentos originales que nos envíe para comprobar la elegibilidad no serán devueltos.

Agradecemos la oportunidad de servirle.

Cordialmente,

CenturyLink

**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.



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

### Por Favor Lea Todas las Instrucciones Antes de Completar

**Los beneficios federales de Lifeline ahora están disponibles para servicios de banda ancha que cumplan con los requisitos y para servicios de voz.**

Los descuentos de servicios de voz Lifeline están disponibles para los participantes en programas de ayuda reconocidos estatal y federalmente, y para aquellos que cumplan con los requisitos de ingresos. Los descuentos Lifeline sobre servicios de voz incluyen restricción de transferencias (congelación de puertos) por 60 días. Esto significa que no podrá obtener un descuento Lifeline sobre servicios con otros proveedores por 60 días desde la fecha en que comenzaron sus descuentos actuales de Lifeline para servicios de voz.

Los descuentos de banda ancha Lifeline sólo están disponibles para participantes de programas de ayuda federalmente reconocidos y para aquellos que cumplen con los requisitos de ingresos federales (ingresos iguales o inferiores al 135% del nivel federal de pobreza). Las velocidades de banda ancha deben ser de 10 Mbps de descarga y 1 Mbps de carga o más rápido para calificar. Los descuentos de Lifeline en banda ancha incluyen una restricción de transferencia (congelación de puertos) durante 12 meses. Esto significa que una vez que los descuentos de banda ancha de Lifeline comiencen, no podrá obtener un descuento Lifeline con otro proveedor durante 12 meses si cambia de servicio. Los descuentos de Lifeline estatales no se aplican al servicio de banda ancha.

Si usted compra servicios de voz y de banda ancha que cumplan con los requisitos, el descuento federal Lifeline se aplicará a su servicio de banda ancha, y la restricción de transferencia del beneficio por 12 meses también se aplicará.

Si usted compra sólo el servicio de voz o el servicio de voz con un servicio de banda ancha que no cumpla con los requisitos, recibirá descuentos Lifeline federales y estatales en su servicio de voz. Podrían aplicar ciertas excepciones a las restricciones de transferencia. Visite <http://www.lifelinesupport.org/ls/change-my-company.aspx> (disponible sólo en inglés) para obtener más información.

**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 Inicials)            | Apellido   |        |               |
| Dirección donde se localiza el servicio (No se permite casilleros postales)                       |                                 | Ciudad   | Estado | 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 |  |        |               |

### **DESCUENTOS FEDERALES Y ESTATALES APLICADOS A PARTICIPANTES DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS:**

**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"/> Medicaid<br><input type="checkbox"/> Programa de pensión para veteranos y pensión para sobrevivientes<br><input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nacional Suplementaria (SNAP) Anteriormente Estampillas para Alimentos | <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)<br><input type="checkbox"/> Asistencia Federal para Vivienda Pública (FPHA) o Sección 8 |
|--|---|

**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 8.

| Número en el Hogar                                 | DISPONIBLE PARA LOS INGRESOS BRUTOS ANUALES QUE SE ENCUENTRAN EN O INFERIOR A LOS CANTIDADES, QUE SON:<br>CO, ID, LA, KS, MN, MT, OK, OR, WA y WI<br>135% del Nivel Federal de Pobreza |
|--|--|
| 1  | \$16,281   |
| 2  | \$21,924   |
| 3  | \$27,567   |
| 4  | \$33,210   |
| 5  | \$38,853   |
| 6  | \$44,496   |
| 7  | \$50,139   |
| 8  | \$55,782   |
| Por cada miembro adicional en el hogar agregue     | \$5,643  |
| Número de miembros de la familia mayor de 8: _____ | Ingresos anuales reales:<br>\$ _____   |

**Si usted vive en uno de los Estados siguientes, usted puede calificar para Lifeline a través de uno de los siguientes programas estatales. Por favor, Círculo del programa (s) en el que actualmente está inscrito.**

|           |   |           |   |
|-----------|---|-----------|---|
| <b>OH</b> | <input type="checkbox"/> Asistencia medica<br><input type="checkbox"/> Rehabilitación vocacional (incluida la ayuda a los discapacitados auditivos)<br><input type="checkbox"/> Alivio de Impuestos de Ventas de Oklahoma | <b>WI</b> | <input type="checkbox"/> Crédito de impuestos de WI Homestead |
|-----------|---|-----------|---|

## Lifeline Household Worksheet

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** ¿Otro adulto (mayor de 18 años de edad o menor emancipado) vive con usted Y tiene un servicio de Lifeline-descuento o un servicio de "Lifeline" inalámbrico "gratuito"? Por ejemplo, marido, esposa, pareja doméstica, padre, hijo, hija, otro pariente (como un hermano, tía, primo, abuelo, nieto, etc.), un compañero de cuarto u otra persona.

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

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

**2** ¿Comparte los gastos de facturas, alimentos u otros gastos de subsistencia Y comparte los ingresos (salario, prestaciones de asistencia pública, pagos de seguridad social u otros ingresos) con la persona en cuestión # 1 que tiene un servicio con descuento de Lifeline?

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

**SI** **DETÉNGASE. NO FIRME EL FORMULARIO.** Usted **NO ES ELEGIBLE** porque alguien en su casa ya tiene Lifeline.

**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 se le permite recibir asistencia de Lifeline de múltiples proveedores de servicios. Esto incluye a los proveedores de servicios inalámbricos y de cable.**
- **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 CERTIFICACIONES DEBE SER INICIALIZADA PARA RECIBIR LIFELINE. EL NO INICIAL DE CUALQUIERA DE LAS CERTIFICACIONES A CONTINUACIÓN RESULTARÁ EN EL REJECHO DE SU FORMULARIO DE SOLICITUD.**

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

**INICIAL CADA CASILLA**

- 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.
- Mi hogar cumple con los criterios de elegibilidad basados en programas o en ingresos según lo indicado anteriormente.
- 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.
- Debo notificar a CenturyLink en un plazo de 30 días si me mudo a una nueva dirección.
- 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.
- 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.
- Entiendo que el proporcionar información falsa o fraudulenta para recibir asistencia de Lifeline es penado por la ley.
- 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.
- La información contenida en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.
- LCuando me haya inscrito para descuentos con un proveedor, no podré recibir beneficios Lifeline de otro proveedor por algún tiempo. Entiendo que, si compro sólo los servicios de voz que califiquen para obtener descuentos Lifeline, no podré transferir mis beneficios a otro proveedor por 60 días. Si tengo productos de banda ancha que califiquen para descuentos Lifeline, no podré transferir mis beneficios a otro proveedor por 12 meses.

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

**Firma del Aplicante para Asistencia de 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 Data Services**  
**555 Lake Border Drive**  
**Apopka, FL 32703**

**Or Servicio al Cliente:**  
**Fax: (866) 810-7530**

**Ex Qwest: (888) 833-9522**  
**Ex CenturyTel/Embarq: (855) 954-6546**  
**Email: e-Records@CenturyLink.com**