

Solicitud para servicio residencial de Voice Connect Low-Cost

LEE CON ATENCIÓN, ESCRIBE A MANO CON BOLÍGRAFO Y LLÉNALA POR COMPLETO

Número de teléfono de facturación _____

Nombre del titular de la cuenta _____
 (nombre) (inicial del segundo nombre, si aplica) (apellido)

Dirección residencial (física): _____
 (número) (calle) (apto./habitación/piso, si aplica)

 (ciudad o pueblo) (estado) (código postal)

Dirección de facturación (postal), si es diferente a la dirección residencial (física)

 (número) (calle) (apto./habitación/piso, si aplica)

 (ciudad o pueblo) (estado) (código postal)

INFORMACIÓN REQUERIDA SOBRE LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA

Yo recibo o un miembro de mi unidad familiar recibe beneficios del siguiente programa (marca solo un programa):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Asistencia Federal para Viviendas Públicas |
| <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) | <input type="checkbox"/> Pensión Federal de Veteranos |
| <input type="checkbox"/> SNAP (Programa Suplementario de Asistencia Nutricional, anteriormente conocido como Cupones para Alimentos) | <input type="checkbox"/> Pensión Federal para Sobrevivientes de Veteranos |
| | <input type="checkbox"/> Elegibilidad según los ingresos (consulta la página 2 y 3) |

Coloca tus INICIALES en la siguiente certificación. La solicitud será denegada si se deja en blanco.

(iniciales)

Certifico bajo pena de perjurio que yo o un miembro de mi unidad familiar cumplimos los requisitos del programa o calificamos según los ingresos para recibir el descuento del servicio de bajo costo.

Junto con esta solicitud, adjunta o envía por fax una fotocopia (no envíes documentos originales) de alguno de los siguientes documentos que coincida con el programa marcado arriba:

- tu estado de cuenta actual o del año anterior de beneficios de un programa federal elegible o
- una carta de aviso de participación de un programa federal elegible o
- un documento de participación en un programa, por ejemplo, tarjeta de beneficios o
- un documento oficial que indique tu participación en un programa federal elegible o
- carta de concesión de pensión de veteranos o carta de ajuste de coste de vida de la pensión de veteranos o carta de beneficios de pensión para sobrevivientes

MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR QUE RECIBE BENEFICIOS

Tu nombre o el nombre del miembro de la unidad familiar recibiendo beneficios _____

Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social * _ _ _ _

Fecha de nacimiento _ _ _ _ _ _
2 dígitos para el mes 2 dígitos para el día 4 dígitos para el año

PARA CERTIFICARSE, LAS 5 REGLAS DEL PROGRAMA DEBEN LLEVAR TUS INICIALES PARA INDICAR TU CONSENTIMIENTO

El servicio Verizon Voice Connect Low-Cost es un programa de asistencia que ofrece una tarifa reducida en la factura mensual a clientes con bajos ingresos que califiquen.

Si el consumidor intencionalmente da falso testimonio al solicitar el servicio Verizon Voice Connect Low-Cost, su servicio será cancelado. Coloca tus INICIALES en el espacio provisto en cada declaración para indicar tu consentimiento.

Solo se permite un descuento por unidad familiar, y una unidad familiar no puede recibir múltiples descuentos de múltiples proveedores, por ejemplo, un descuento tanto de un proveedor de internet móvil como de banda ancha.

(iniciales)

Certifico que mi unidad familiar no se encuentra recibiendo un descuento(s) de un proveedor de telefonía fija, móvil o de banda ancha.

(iniciales)

El descuento asociado con el servicio Verizon Voice Connect Low-Cost no se puede transferir a otro servicio de Verizon o a un servicio proporcionado por otro proveedor. Acepto no transferir el servicio de bajo costo a otro servicio de Verizon o proveedor.

(iniciales)

Acepto notificarle a Verizon dentro de 30 días calendario si, por alguna razón, yo o mi unidad familiar:

- ya no recibo(e) los beneficios del programa federal por el cual era elegible para recibir el descuento del servicio de bajo costo;
- el ingreso anual de mi unidad familiar excede el límite de pobreza federal indicado en la página 3 por el cual era elegible para recibir el descuento del servicio de bajo costo;
- recibo más de un descuento u otro miembro de mi unidad familiar está recibiendo un servicio con descuento.

(iniciales)

Acepto que pueden solicitar que recertifique mi elegibilidad para el descuento del servicio de bajo costo en cualquier momento y el incumplimiento de esto puede resultar en la cancelación y terminación de mi descuento del servicio de bajo costo. Acepto participar en la certificación continua de mi elegibilidad en el programa de descuento del servicio de bajo costo.

(iniciales)

La información contenida en este formulario de solicitud es verdadera según mi leal saber y entender.

GUÍA DE ELEGIBILIDAD BASADA EN INGRESOS

El siguiente cuadro se puede utilizar para determinar la elegibilidad para el descuento del servicio de bajo costo basándose únicamente en el nivel de ingresos. Puedes calificar para el programa de descuento del servicio de bajo costo si el ingreso bruto anual de tu unidad familiar está en o por debajo del 135% de la Guía de Pobreza Federal. Una unidad familiar se define como cualquier individuo o grupo de individuos que viven juntos en la misma dirección y comparten ingresos y gastos.

La siguiente tabla muestra el monto de ingreso anual que no se debe exceder, de acuerdo al tamaño de la unidad familiar, para calificar. Si el monto del ingreso anual de tu unidad familiar, según el número de personas, es mayor al monto mostrado en la tabla, no calificas para el descuento del servicio de bajo costo basándose únicamente en los ingresos.

Tamaño de la unidad familiar	135% de los niveles de pobreza federal	Tamaño de la unidad familiar	135% de los niveles de pobreza federal
1	\$17,226	5	\$41,418
2	\$23,274	6	\$47,466
3	\$29,322	7	\$53,514
4	\$35,370	8	\$59,562
Más de 9, añade \$6,048 por cada persona adicional			

Indica el número de individuos en tu unidad familiar. _____

Si tu unidad familiar califica según los ingresos, adjunta o envía por fax una fotocopia (no envíes documentos originales) de los siguientes documentos correspondientes. Si entregas documentación que no cubre un año completo (como talones de pago actuales), debes presentar documentos de la misma clase de tres (3) meses consecutivos de los últimos 12 meses.

- tu declaración de impuestos del año anterior
- estado de cuenta de ingresos actual de un empleador o talones de pago
- una declaración de beneficios de Seguridad Social
- estado de cuenta de beneficios por desempleo/compensación laboral
- otra documentación que contenga información sobre ingresos
- un estado de cuenta de beneficios de la Administración de Servicios para Veteranos
- un estado de cuenta de beneficios de retiro o pensión

Firma del titular de la cuenta _____ Fecha _____
(Nombre y apellido)

ENVÍA LA SOLICITUD FIRMADA Y LA PRUEBA DE ELEGIBILIDAD POR FAX O CORREO.

Envíala por correo postal a:
Verizon Voice Connect Low-Cost Service
PO Box 16805
Newark, NJ 07101-6805

Si tienes alguna pregunta, llama al 1.800.VERIZON (1.800.837.4966)
Consulta la carta de presentación para el número de fax correspondiente.