

2 0 2 4 0 8 1 4 0 0 0 0 1 6
000002
FIRSTNAME M. LASTNAME TEMP #3 RENEWALFORM 12PT
STE 45
123 MAIN STREET
ANYTOWN CA 05-5678

在2024年10月15日前
申請續約

在線申請更快捷，網址
是：

CaliforniaLifeLine.com

California LifeLine 計劃福利續約申請表

請於您的回覆日期 **2024年10月15日前** 申請
續約，以便繼續獲得您的 LifeLine 計劃福利。

如要續約：

- 您必須年滿 18 歲或是有獨立生活資格的未成人。
- 如果您的郵寄或住家地址有改動或需更正，您必須在 **30 天內** 告知您的電話公司。
- 每個家庭只能有一項福利。
- 一個家庭只能從一家電話公司那裡獲得福利。

有3種方式可為您的 California LifeLine 福利續約：

1  **在線：** 在 CaliforniaLifeLine.com 網站上申請續約。

2  **電話：** 撥打 1-888-765-1566 (TTY: 888-858-7889)，週一至週五早上 7 點至晚上 7 點，國家法定節假日除外。

3  **郵寄：** 填寫紙質續約申請表、簽名並寄給 California LifeLine。請用續約申請表隨附的回郵信封。您不需要貼郵票。

在您提交續約申請並且我們確認您的身份之後，California LifeLine 將通知您您的續約申請是否得到批准或被拒絕。此通知將您的週年日期2024年10月15日寄送給您。



有問題要問嗎？
我們可以幫助您
如果是有關續約、您的回覆日期、或您的續約狀態的問題，請致電 California LifeLine，電話號碼是 **1-888-765-1566** (TTY 文本電話專線：888-858-7889)。我們的上班時間是週一至五早上 7 點到晚上 7 點，州政府節假日除外。



郵寄您的表格
您可以把您填寫好並簽過名的續約申請表寄到：

**California LifeLine
Administrator
P.O. Box 138014
Sacramento, CA
95813-8014**

請把此頁留起來作
為您的記錄。

翻頁 ▶▶▶





如果您想要為 California LifeLine 計劃福利續約，您必須在此日期**2024 年 10 月 15 日**前完整填寫並且提交這份續約申請表。您不需要寄送任何佐證文件。

SAMPLE





要知道的詞彙：

成人是指所有年滿 18 歲者，或是有獨立生活資格的未成年人（也即未滿 18 歲但在法律上被認為是成年人者）。

如果您續約申請未得到批准（並且您之前並未因為其它原因被計劃移除），則週年日期即為 California LifeLine 福利將終止的那一天。如果成功續約，則會在您的週年日期上再加一年。

California LifeLine 是一項為符合條件的家庭提供可負擔得起的電話服務的政府計劃。

兒童 未滿 18 歲且和其父母或監護人同住者，被視為其父母或監護人的家庭成員。

家庭包括作為一個經濟單元住在同一地址的成人和兒童。一個經濟單元包括為同一家庭的收入做貢獻並且共享該家庭的收入及分擔費用的所有成人。

家庭支出 包括食物；醫療費用，例如醫療費賬單；為您的住所（例如房屋或公寓）付租金或支付抵押貸款的費用；和公用事業收費，包括水、採暖和電。

收入 包括但不限於工資、薪金、利息、股息、贍養費和子女撫養費、補助金、贈與、補助、津貼、彩票獎金、遺產繼承、工傷補償金、失業金和公共援助福利、社會安全金、養老金、租金收入、自僱收入、來自其他來源的現金給付，以及所有與工作相關的非現金收入。

Medicaid（在加州叫 **Medi-Cal**），是一個給低收入群體及年齡符合資格、沒有足夠收入支付必須的醫療服務的失明及/或殘障人士使用的政府健康保險計劃。

Medicare 是為年齡在 65 歲或以上者、有末期腎病（ESRD）及某些較年輕且有殘障者提供的聯邦健康保險計劃。

Supplemental Security Income（**補充社會安全金，英文簡稱 SSI**）是一個為收入及資源有限且有殘障、失明或年齡在 65 歲或以上者提供每月福利的聯邦計劃。失明或有殘障的兒童也可能有資格拿 SSI。

Social Security Disability Insurance（**社會安全金殘障保險，英文簡稱 SSDI**）是一項針對經醫學鑑定身體患有殘障而工作能力受限者提供每月福利的聯邦保險計畫。計畫資格根據殘障及工作點數而定。



California LifeLine 計劃福利續約申請表 在 2024 年 10 月 15 日前提交

看單詞就知道

請遵照續約申請表中下述步驟來申請：

第 1 步：請確保您的郵寄地址、家庭地址和電話號碼都正確無誤。

第 2 步：聲明保證您家沒有已經在獲得這項 California LifeLine 福利了。

第 3 步：請告訴我們您是根據您在參加一項特殊計劃還是根據您的收入來申請續約。

其他資訊：您需要告訴我們有關您家庭的更多資訊。

最後一步：認證資訊並且在表格上簽名。然後在回覆日期前提交。您不需要寄送任何佐證文件。

請提供您的種族/民族以及其他人口統計信息。

如果您不再有資格使用 California LifeLine 計劃或想停止獲得這項福利，請塗滿這個圓圈。

將我從計劃中刪除



SMS/簡訊：

從 345345 這個號碼每月最多發重要提醒簡訊 10 次。可能有簡訊及數據費用。如要拒收簡訊，請回覆“STOP”。如要獲得幫助，請回覆“HELP”。或撥打：866-272-0349。

第 1 步

請確保您的郵寄地址、家庭地址和電話號碼都正確無誤。

請確保您的姓名、地址和電話號碼都正確無誤。如果這些資訊有誤，請在30天內打電話給您的電話公司。請他們更正您的資訊。

請勿在此申請表中做更正。

郵寄地址

Firstname M. Lastname Temp #3
RenewalForm 12pt
123 Main Street
Ste 45
Anytown, CA 05-5678

家庭地址

Firstname M. Lastname Temp #3
RenewalForm 12pt
456 Civic Ave
Suite 78
Jamestown, CA 99999

參加計劃者的電話號碼：123-456-7890

續約申請表日期：2024 年 10 月 15 日

電話公司的電話號碼：
999-999-9999

下頁繼續 ▶▶▶



第 2 步

聲明保證您家沒有已經在獲得這項 California LifeLine 福利了。

我在此標註我的姓名首字母，即是聲明保證我家沒人已在從我目前的這家電話公司或其他電話公司那裡獲得 California LifeLine 福利，包括用於手機服務的聯邦 LifeLine。

工整書寫姓和名的首字母：_____

第 3 步

請告訴我們您是根據一項已經在參加的計畫還是根據您的收入來申請續約。

請勾選一項：

- 我是因家庭成員加入的一項或多項特殊計畫在申請續約（請去 A 部分）。
- 我是根據我的收入在申請續約（請去 B 部分）。

A 部分：我是因家庭成員加入的一項或多項特殊計畫在申請續約（請去 A 部分）。

如果您家有如何人加入了以下任何特殊計畫，請圈選您本人或家庭成員（包括兒童）加入的所有計畫旁的圓圈。

請用藍色或黑色原子筆或鋼筆把圓圈完全塗滿，就像這樣：● 正確 ⊗ 不正確

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal [Medicaid 計畫] *您必須提供一份您的福利身份證的副本。 | <input type="checkbox"/> LIHEAP [低收入家庭能源援助計畫] |
| <input type="checkbox"/> CalFresh [補充營養援助計畫 (SNAP)] | <input type="checkbox"/> NSLP [全美學校午餐計畫] |
| <input type="checkbox"/> SSI [社會安全金補充收入計畫] | <input type="checkbox"/> WIC [婦嬰和兒童計畫] |
| <input type="checkbox"/> 第八節 [公共住房援助計畫] | <input type="checkbox"/> 如果您加入了下列任何一項計畫，請塗滿這個圈圈： |
| <input type="checkbox"/> Tribal TANF [部落為貧困家庭提供的臨時援助] | TANF [為貧困家庭提供的臨時援助] |
| <input type="checkbox"/> 部落的啟蒙計畫 | CalWORKs [加州工作機會和對孩子負責計畫] |
| <input type="checkbox"/> 印第安人事務綜合援助局 | StanWORKs [Stanislaus 工作機會和對孩子負責計畫] |
| <input type="checkbox"/> FDPIR [印第安人保留地食品分配計畫] | WTW [從福利到工作] |
| <input type="checkbox"/> 退伍軍人撫恤金/退伍軍人遺屬撫恤金 [聯邦退伍軍人和遺屬撫恤金福利計畫] | GAIN [走上獨立的康莊大道] |

下頁繼續 ▶▶▶





B 部分：我是根據收入在申請續約。

如果您在上面**沒有**圈選圓圈，且您的家庭年總收入（稅前）在年收入限制額度或以下，請填寫這部分。要查找年收入限額，請閱讀資格指南中的收入表。

您的家庭人數（成人及小孩）：

成人（18 歲及以上）：_____ + 小孩（未滿 18 歲）：_____ = _____

家庭年總收入（四捨五入到整數美元數）：\$____, _____.00

閱讀資格指南中的收入計算器。

SAMPLE





其他資訊

請用這部分來告訴我們關於您這戶人家的更多資訊。

請告訴我們您是否還住在聯邦認可的部落土地上。

如果您還住在聯邦認可的部落土地上且希望獲得 Enhanced LifeLine 以及 Link-Up 折扣，請填寫這部分。請在下面工整書寫您的部落身份證號碼及您的姓和名的首字母來聲明保證上述資訊正確無誤。

請告訴我們您的部落身份證號： _____

請工整書寫您姓和名的首字母： _____

請告訴我們是否有家庭成員使用電傳打字機 (TTY)。

如果您家有人使用電傳打字機 (TTY) 並還希望獲得這第二項 California LifeLine 折扣，請填寫這部分。

- 是 如果回答「是」這位使用電傳打字機的家庭成員還需要並符合資格獲得第二項 California LifeLine 折扣。
- 否 如果回答「否」，這個電話號碼會被從 California LifeLine Program 計劃中刪除，且您將不再獲得這個電話號碼上的折扣。





SAMPLE

此頁故意留白





最後一步 **聲明保證內容、填寫並提交您的續約申請**

請在下面工整書寫您的法定全名和其他必填 (*) 資訊。您的法定姓名是您在社會安全卡或州身份證等官方文件上使用的姓名。不是暱稱、譯名或外號。

* 工整書寫參加計劃者的名字和姓氏

* 參加計劃者社會安全號 (SSN) 的最後 4 位數：

* 參加計劃者的出生日期 (月、日、年)：

請告訴我們您希望將來用何種方式獲得通知 (非必答) 普通大小的字體 大字體 盲文

下頁繼續。請閱讀協議並在您的申請表上簽名。▶▶▶

SAMPLE



最後一步

請閱讀以下內容。然後在您的續約申請表上簽名。

我在下面簽名即是表示，為遵守聯邦和州政府的規定，我在作偽證將受懲罰的前提下茲此證明：

- 我瞭解，在此續約申請中撒謊或遺漏資訊是違法的。
 - 我的家庭符合資格享受這個 California LifeLine 計劃福利。
 - 除非我提交證據能證明我家有家庭成員是 TTY（電傳打字機/文本電話）使用者，否則我家不能使用超過一項 California LifeLine 福利。
 - 我同意可以因申請及/或獲得 California LifeLine 計劃福利來收集、使用和保留我在此表格中提供的所有資訊，並且 California LifeLine 可以根據需要與任何機構共享這些資訊。
 - 此家庭地址是我的主要住所。
 - 沒有其他人在其報稅表上將我列為被撫養人。
 - 我瞭解這份通知的規則。
 - 我必須每年為福利續約。
 - 我瞭解，如果我不續約，我會失去這些福利。
 - 這份申請表中的資訊正確無誤。
 - 我同意如果發生以下情形，我會在 30 天內告知我的電話公司或 California LifeLine：
 - 我更更改了我的郵寄地址或家庭地址，或
 - 不再符合資格享受這個 California LifeLine 計劃福利，或
 - 我家因為有家庭成員是 TTY（文本電話）使用者，因此能使用不止一項 California LifeLine 福利。
 - 我理解並同意，如果我不遵守這些通知規則，我將受到處罰。處罰包括失去福利、被罰款、被禁用 California LifeLine 以及入獄。
 - 我瞭解並同意讓 California LifeLine 和 Universal Service Administrative Company 及/或其代理分享關於我在此表格中的資訊。
 - 法定監護人或持授權書者可為此表格簽名。
- 致參加 California LifeLine 無線服務計劃者：**
- 我同意收到 California LifeLine 將來發的簡訊。
 - 我瞭解我可隨時選擇不收這些簡訊，因為這些並非是為獲得 California LifeLine 福利而必需的。
 - 我瞭解 California LifeLine 用這些簡訊來分享有關福利的重要提醒消息。

| | |
|---------------------|---------------|
| 參加計劃者簽名 (必需) | 今天的日期 (月、日、年) |
|---------------------|---------------|

如果此表是法定監護人或持授權書者代為簽名，請圈選這裡。



請幫忙

提供您的種族/民族和其他人口統計信息

為了評估我們是否充分為California社區服務，我們需要詢問您的收入和其他人口統計資訊。這不會影響您獲得California LifeLine的資格

收入:

去年您家庭所有成員的總收入是多少？

請選擇一項：

- \$0 – \$9,999
- \$10,000 – \$19,999
- \$20,000 – \$29,999
- \$30,000 – \$39,999
- \$40,000 – \$49,999
- \$50,000 – \$59,999
- \$60,000 – \$69,999
- \$70,000 – \$79,999
- \$80,000 – \$89,999
- \$90,000 – \$99,999
- \$100,000 或更多
- 寧願不回應

- 僅包括過去 12 個月中與您同住超過 2 個月的每個人的收入。
- 如果您無家可歸或住在集體住房中，那麼只包括與您分享收入和支出的每個人。

性別:

請選擇一項：

- 男
- 女
- 跨性別
- 非二元
- 不願回應

種族/民族：

請選擇一項：

- 黑人/非裔美國人
- 美洲印第安人/阿拉斯加原住民
- 西班牙裔/拉丁裔
- 白人
- 亞洲人
 - 柬埔寨人
 - 中國人
 - 菲律賓人
 - 印度人
 - 日本人
 - 韓國人
 - 老撾人
 - 越南人
 - 其他亞洲人
- 太平洋島民
 - 關島人
 - 夏威夷原住民
 - 薩摩亞人
 - 其他太平洋島民
- 其他
- 寧願不回應





SAMPLE

此頁故意留白



California LifeLine 計劃 資格指南

一般指南

1. 一個家庭只能有一項福利，TTY 電傳打字機/文本電話使用者除外。
2. 一個家庭必須選擇或者在住家電話或者在手機電話線上使用福利，但不能兩個都要。
3. 一個家庭不能從超過一家電話公司那裡獲得福利。
4. 要獲得這項福利，您必須提供您的簽名、出生日期以及您社會安全號的最後 4 位數字或完整的部落身份證號碼。
5. 不遵守一家一項福利規定者將失去福利，並可能被美國政府起訴。
6. 提供虛假資訊以便獲得福利者可能會被處罰。處罰包括入獄、失去福利、被罰款、以及被禁用 California LifeLine 計劃。
7. 參加計劃者不得在其他人的報稅表上被列為被撫養人。
8. 在申請表上簽名的參加計劃者必須與第 1 步中家庭住址下所列人士是同一人。
9. 服務連接費的折扣只能用於主要住所。
10. 您不能將這項 LifeLine 福利轉讓給任何其他人。他們必須自己申請加入本計劃。

根據收入申請本計劃的一般指南

如果您是透過收入來符合計劃資格，您的家庭年總收入（稅前）必須在 California LifeLine 規定的針對您家庭人數的年收入限制額度或以下。一個家庭包括作為一個經濟單元住在同一地址的成人和兒童。

一個經濟單元包括為同一家庭的收入做貢獻並且共享該家庭的收入及分擔費用的所有成人（18 歲以上者）。所有家庭人數大小都可接受。

如果您的家庭人數超過 10 人，則可透過每增加一名家庭成員就增加 \$8,200 美元到 \$95,100 美元來找出 California LifeLine 規定的相應年收入限額。

請查看收入表，了解您的家庭是否符合資格。

總收入是指您家任何人（成人及小孩）收到的稅前金額，無論是否應稅，包括但不限於工資、薪金、利息、股息、贍養費和子女撫養費、補助金、贈與、補助、津貼、彩票獎金、遺產繼承、工傷補償金、失業金和公共援助福利、社會安全金、養老金、租金收入、自僱收入、來自其他來源的現金給付，以及所有與工作相關的非現金收入。

請注意

- 請勿把現金、支票或這些指南寄給我們。
- 在您的續約申請獲得批准後，如果您認為您不再有資格享受該福利，或者如果您的家庭錯誤地獲得了不止一項福利，您必須在 30 天內告訴我們或您的電話公司。
- 如果您要留在這個計劃裡，您必須每年續約。
- 參加 California LifeLine 計劃的安排只會持續一年。
- 如果我們要您這麼做，請把醫療證明、收入證明、及參加特殊計劃的證明文件副本寄給我們。請勿寄給我們原件。我們無法把原件退還給您。

收入計算器

| | | |
|---------|--------|-----|
| 每周的總收入 | x 52 = | 年收入 |
| 每兩週的總收入 | x 26 = | 年收入 |
| 每月的總收入 | x 12 = | 年收入 |



第二項 California LifeLine 計劃福利

California LifeLine 被告知您希望為第二條 California LifeLine 電話線申請續約。使用電傳打字機/文本電話 (TTY) 者必須立刻能且會繼續使用這項服務。

如果電傳打字機並非由 Deaf and Disabled Telecommunications Program (聽障及殘障者電信計劃) 提供，請提交一份顯示此人需要電傳打字機的醫療證明副本。

如要獲得第二項 second California LifeLine 福利，您的家庭仍必須透過特殊計劃或收入符合計劃資格。

Enhanced LifeLine 及 Link-Up 計劃

California LifeLine 被告知您希望申請繼續使用給住在聯邦認可的部落土地上的消費者使用的 Enhanced LifeLine 或 Link-Up 計劃。

如要獲得這項福利，您的家庭仍必須透過特殊計劃或收入符合計劃資格。

並非所有電話公司都提供 Enhanced LifeLine 及 Link-Up 計劃。

| 收入表 | |
|---|-----------------------------|
| 家庭人數 | California LifeLine 計劃年收入限額 |
| 1 人 | \$23,400 |
| 2 人 | \$31,700 |
| 3 人 | \$40,000 |
| 4 人 | \$48,400 |
| 5 人 | \$56,800 |
| 6 人 | \$65,200 |
| 7 人 | \$73,600 |
| 8 人 | \$82,000 |
| 9 人 | \$90,400 |
| 10 人 | \$98,800 |
| 收入指南自 2024 年 6 月 1 日起至 2025 年 5 月 31 日止 | |

SAMPLE

