

2 0 2 4 0 8 1 4 0 0 0 0 0 0 6
000004
FIRSTNAME M. LASTNAME TEMP #1 APPLICATIONFORM
12PT
STE 45
123 MAIN STREET
ANYTOWN CA 05-5678

申請期限 2024 年 10 月
15 日

CaliforniaLifeLine.com
ですぐにオンライン申請

California LifeLine 扶助の申請について

LifeLine 扶助の申込期限は、2024 年 10 月
15 日です。

申請方法：

- 18 歳以上、または独立した未成年者であること。独立した未成年者は、独立を証明する書類を提出する必要があります。
- 郵送先住所や自宅住所に変更や訂正があった場合は、30 日以内に変更後: 電話会社に伝える必要があります。
- 1 世帯あたり、1 件の扶助となります。
- 1 世帯あたり、1 変更後: 電話会社からのみ、扶助を受給できます。

California LifeLine 扶助の申請には 2 種類の方法があります。



オンライン：
CaliforniaLifeLine.com
にて申請できます。

または



郵送：申請書に記入・署名し、必要な
証明書類を添えて、California
LifeLine へ郵送します。申請書に付い
てきた返信封筒を使用します。切手は
不要です。

申請を提出して、身元を確認しますと、California LifeLineは、申請が承認されたか拒否されたかを確認する通知をお送りします。

California LifeLine 扶助を受給するには、2024 年 10 月 15 日までに、

ページをめくる ▶▶▶



ご不明な点は、
お問い合わせください
申請、申請期限日、または申請の処理
状況に関する質問は、
電話 **1-888-765-1568**
(TTY: 888-858-7889)
までお問い合わせください。通話可能時間は、祝
日を除く月曜日から金曜
日の午前 7 時から午後 7
時です。



申請書を郵送する場合
必要事項を記入し、
署名した申請書を下記
へ郵送してください。

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

このページは記録としてお
手元に保管してください。





この申請書に記入し、必要な証明書を添えて、提出する **必要** があります。本申請書と一緒に、公的な身分証明書のコピーを提出することができます。条件を満たす身分証明書についてのガイドラインは、[CaliforniaLifeLine.com](https://www.californialifeline.com) をご確認ください。

SAMPLE





携帯電話サービスに関する California LifeLine 扶助の申請に関する重要な情報：

携帯電話サービスの LifeLine 扶助を申請すると、次の申請ができるようになるまで、**30日間**の待機期間があります。一度に複数の申請を出すことは**できません**。30日間の待機期間は、以下のどちらか早いほうで終了します。

- California LifeLine が申請者に許否を送付した日、または
- 申請者が申請をキャンセルした日、または
- 申込者が申請書を提出したから 30 日が経過した日

30日間の待機期間終了後、携帯電話サービスの California LifeLine 扶助について再申請を行うことができます。申請の取り消しやご相談は、California LifeLine またはご契約されている変更後: 電話会社にお電話ください。



知っておくべき用語：

大人 (Adult)：18 歳以上の人、または、独立した未成年者 (18 歳未満で法的に成人とみなされる人) のことです。

California LifeLine：受給資格のある世帯に安価な電話サービスを提供する政府制度です。

子ども (Children)：親または保護者と同居している 18 歳未満の子どもは、親または保護者と同じ世帯に属するとみなされます。

世帯 (Household)：同じ住所に同居している大人と子どもをひとつの経済単位とします。経済単位は、その世帯の収入と支出に貢献し、かつそれらを共有しているすべての大人で構成されます。

家計費 (Household expenses)：食費、医療費などのヘルスケア費、家やアパートなどの居住地の賃貸料や住宅ローンの支払い、水道や暖房、電気などの光熱費などが該当します。

所得 (Income)：賃金、給与、利息、配当、扶養手当および養育費、補助金、贈与、手当、俸給、宝くじの当選金、相続、労災、失業および公的支援給付、社会保障給付金、年金、賃貸収入、自営業からの所得、その他の源からの現金支払い、および雇用関連のすべての現金外所得が含まれますが、これだけに限られません。

Medicaid (カリフォルニア州では Medi-Cal)：低所得世帯と、必要な医療サービスを支払うだけの収入がない高齢者や盲人、障がい者のための政府の健康保険制度です。

Medicare：65 歳以上の高齢者、末期腎不全患者 (ESRD)、および若年障がい者のための連邦健康保険制度です。

補足的保障所得 (SSI) (Supplemental Security Income)：障がい者、盲人、65 歳以上の、収入と資源に限りのある人を対象とした、毎月給付される連邦プログラムです。盲目の子どもや障がいを持つ子どもも SSI の受給資格を得ることができます。

社会保障障がい者保険 (SSDI) (Social Security Disability Insurance)：医学的に判断できる障害を持ち、就労が制限されている人に毎月給付される連邦保険制度です。資格は障害と労働単位に基づいています。



知るべき
言葉を
参照

California LifeLine 扶助の申請について 2024年10月15日までに提出してください

申請ステップは以下のとおり。

ステップ1：郵送先住所、自宅住所、電話番号が正しいことを確認する。

ステップ2：世帯で既に California LifeLine 扶助を受給していないことを証明する。

ステップ3：プログラムに基づいて申請するのか、収入に基づいて申請するのかを回答する。

その他の情報：同世帯のご家族についてご回答ください。

最終ステップ：内容を確認し、申請書に署名する。証明書のコピーを添えて、期限日までに提出する。

お手伝いください：人種／民族性、その他の人口統計的情報を提供してください。



SMS／テキストメッセージ：

一ヶ月あたり最大10件のメッセージが345345から届きます。メッセージとデータ通信料がかかることがあります。メッセージの配信を停止する場合は、STOPと返信します。ヘルプが必要な場合は、HELPと返信します。または、866-272-0349へお電話ください。

ステップ1 郵送先住所、自宅住所、電話番号が正しいことを確認する。

名前郵送先住所、自宅住所、電話番号が正しいことを確認します。誤りがある場合は、**変更後：電話会社に30日以内に連絡します。**誤りのある情報を修正するよう依頼します。

この申請書では修正できませんのでご了承ください。

郵送先住所

Firstname M. Lastname Temp #1
ApplicationForm 12pt
123 Main Street
Ste 45
Anytown, CA 05-5678

自宅住所

Firstname M. Lastname Temp #1
ApplicationForm 12pt
456 Civic Ave
Suite 78
Jamestown, CA 99999

申請者の電話番号：123-456-7890

申請日：2024年10月15日

変更後：電話会社の電話番号：999-999-9999

次のページへ ▶▶▶



**ステップ2 世帯で既に California LifeLine 扶助を受給していないことを証明する。**

ここにイニシャルを記入することにより、現在契約している変更後: 電話会社や他の変更後: 電話会社(携帯電話サービスの連邦ライフラインを含む) で、すでに California LifeLine 扶助を受給している人が世帯内にいないことを証明します。

姓と名のイニシャル: _____

ステップ3 プログラムに基づいて申請するのか、収入に基づいて申請するのかを回答する。

ひとつ選択してください:

- 世帯の一員が登録しているプログラムに基づいて申請します (パート A へ)。
 収入に基づいて申請します (パート B へ)。

パート A: 世帯の一員が登録しているプログラム・ベースに基づいて申請。

世帯内に下記のいずれかのプログラムに加入している人(子どもを含む)がいる場合、該当する制度の○印すべてを塗りつぶしてください。

青色または黒色のペンでしっかり塗りつぶしてください(例):

- 読み取り可 ☒ 読み取り不可

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal [メディケイドプログラム]
*給付者識別カードのコピーを提出することが必要です。 | <input type="checkbox"/> LIHEAP [低所得層向け光熱費補助プログラム] |
| <input type="checkbox"/> CalFresh [補助的栄養支援プログラム (SNAP)] | <input type="checkbox"/> NSLP [全国学校給食プログラム] |
| <input type="checkbox"/> SSI [補足的保障所得プログラム] | <input type="checkbox"/> WIC [女性、乳児、小児のための特別な補助栄養プログラム] |
| <input type="checkbox"/> セクション8 [営住宅補助制度] | <input type="checkbox"/> 下に一覧したプログラムのいずれかに登録している場合は、この空欄に記入してください: |
| <input type="checkbox"/> 部族TANF [貧困家庭向け部族一時援助金] | TANF [貧困家庭向け一時援助金] |
| <input type="checkbox"/> 部族長開始プログラム | CalWORKs [カリフォルニア州の求人情報と子育ての責任] |
| <input type="checkbox"/> 米国先住民事務局一般的支援 | StanWORKs [スタニスラウス求人情報と子育ての責任] |
| <input type="checkbox"/> FDPIR [米国先住民居留地に関する食糧配給計画] | WTW [福祉から労働へ] |
| <input type="checkbox"/> VA(在郷軍人局) 年金/退役軍人生存者年金 [連邦退役軍人と生存者の年金給付制度] | GAIN [雇用への道と独立支援サービス] |

次のページへ ▶▶▶





これらの資格のある公的支援プログラムの1つまたは複数に参加していることを示す証明書のコピーを申請書と共に郵送する必要があります。証明の種類については、適格性ガイドラインをお読みください。

パート B：収入に基づいて申請。

上記のパートAに記入していない場合で、かつ世帯の年間（一年間）総収入が年間所得上限以下である場合は、この部分に記入してください。年収の上限については、資格ガイドラインの収入表をご覧ください。

世帯の人数 (大人と子ども)：

大人 (18歳以上)： _____ + 子ども (18歳未満)： _____ = _____

世帯の合計年収はいくらです。（ドル単位に切り上げ）： \$ _____, _____ .00

資格ガイドラインの収入計算ツールをお読みください。

世帯の年間総収入を証明する書類の写しを申込書と一緒に郵送する必要があります。証明の種類については、資格ガイドをご覧ください。

SAMPLE





その他の情報

このセクションでは、世帯についてご回答ください。

世帯内に、LifeLine 扶助を受け取っている方が他にいないことを証明してください。

注記：

- 1 世帯あたり、1 件の特典となります。
- 1 世帯で、複数の変更後: 電話会社から特典を受けることはできません。
- 無収入または最低所得の成人が、当該成人に対して経済的支援を与える人と同居している場合、両者は同世帯とみなされます。

ご自宅の住所に複数の世帯があるかどうかを確認するには、以下についてご回答ください。

1. 他の成人の方と同居していますか？

ここで言う成人とは、18 歳以上の方または独立している未成年者を指します。成人には、配偶者、ドメスティックパートナー、親、成人の息子や娘、ご家族内の成人の方、成人のルームメイトなどが含まれます。

- はい 「はい」とお答えいただいた場合は、質問 2 にお答えください。
- いいえ 「いいえ」とお答えいただいた場合は、複数の LifeLine 扶助を受け取っていないご住所にお住まいのため、質問 2 と 3 は飛ばしてください。証明 B にイニシャルを記入してください。

2. 同居されている成人の方は、California LifeLine 扶助を受け取っていますか？

- はい 「はい」とお答えいただいた場合は、質問 3 にお答えください。
- いいえ 「いいえ」とお答えいただいた場合は、複数の LifeLine 扶助を受け取っていないご住所にお住まいのため、質問 3 は飛ばしてください。証明 B にイニシャルを記入してください。

3. 同居されている成人の方と収入および生活費を分け合っていますか？

- はい 「はい」とお答えいただいた場合は、世帯にすでに LifeLine 扶助を受け取っている方がいらっしゃるため、申請者様は California LifeLine の対象にはなりません。California LifeLine の規則に基づき、LifeLine 扶助は 1 世帯につき 1 件までとなります。
- いいえ 「いいえ」とお答えいただいた場合は、LifeLine 扶助を申請することができます。複数の世帯が含まれるご住所にお住まいですが、申請者様の世帯は複数の LifeLine 扶助を受け取っていない状態です。証明 A および B にイニシャルを記入してください。

次のページへ ▶▶▶





世帯内に、LifeLine 扶助を受け取っている方が他にいないことを証明し、下記にイニシャルを記入してください。

イニシャル を記入：	証明 A：私は、複数の世帯が含まれる住所に住んでいます。
イニシャル を記入：	証明 B：私は、1 世帯 1 扶助の規則に違反することは California LifeLine が定める規則に反するものであり、違反が発生した場合は自身の California LifeLine の扶助が失われ、米国政府から訴追される可能性があることを理解しています。

連邦政府公認部族の土地に居住しているかどうか。

California LifeLine は、申請者が、連邦政府公認部族の土地に居住している消費者のための Enhanced LifeLine または Link-Up 制度への申請を希望しているとの通知を受けました。このセクションに記入し、下欄に申請者の部族 ID 番号とイニシャルを記入することにより、証明します。

部族 ID 番号： _____ 申請者の姓と名のイニシャル： _____

世帯の一員がテレタイプライター (TTY) を使用しているかどうか。

申請者の世帯でテレタイプライター (TTY) を使用している人がいて、2 回線目の California LifeLine 割引を希望する場合は、このセクションに記入してください。聴覚障害者通信制度 (DDTP) が TTY を支給した場合、TTY 使用者の名前を記入してください。そうでない場合は、TTY の必要性を示す診断書の写しを郵送してください。

TTY 使用者の名前： _____



**最終ステップ****申請書の証明、署名、および提出。**

申請者の正式な氏名とその他必要事項 (*が付いている欄) を記入してください。正式な氏名とは、社会保障カードや州身分証明書などの公式文書で使用している姓と名のことで、ニックネームではありません。

* 申請者の姓名

* 申請者の社会保障番号 (SSN) の下 4 桁：

* 申請者の生年月日 (月日, 年)

今後の通知の受け取り方法をお選びください (任意)

標準の活字で印刷されたもの、 大きな活字で印刷されたもの、 点字

次のページへ。宣誓文を読み、申請書に署名してください。▶▶▶

SAMPLE



**最終ステップ****以下をお読みください。続いて、申請書に署名。**

連邦政府および州政府の規則を遵守するために、偽りの場合には偽証罪に問われることを承知の上で、私は、以下に署名することにより、以下のことを証明します。

- 私は、この申請書に嘘を書いたり、情報を書き漏らしたりすることは、法律違反であることを理解しています。
- 私の世帯は、California LifeLine 扶助の受給資格があります。
- 世帯の一員が TTY 使用者であるという証明書を、私が提出した場合を除いて、私の世帯が複数の California LifeLine 扶助を受給することはありません。
- この申請書で私が提供するすべての情報が、California LifeLine 制度の扶助を申請するおよび／または受給する目的で、収集、使用、および保持され、California LifeLine が必要に応じて、あらゆる機関と共有されることに同意します。
- 変更後: 私の自宅住所は、私の主たる住居です。
- 私は、他の人の確定申告で扶養家族として申告されていません。
- 私は、通知規則を理解しています。
- 私は、毎年、扶助の受給を更新しなければなりません。
- 更新しない場合、受給できなくなることを理解しています。
- この申請書の情報は真実かつ正確です。
- 次の場合、30 日以内に変更後: 電話会社または California LifeLine に通知することに同意します。
 - 郵送先または自宅住所に変更がある場合、または
 - California LifeLine 扶助の受給資格がなくなる場合、または
 - 私の世帯の一員が TTY 使用者であるために、私の世帯は複数の California LifeLine 扶助を受給する場合。
- これらの通知規則に従わない場合、罰せられることを理解し、同意します。罰則には、福利厚生剥奪、罰金、California LifeLine からの追放、刑務所などがあります。
- 私は、California LifeLine が、この申請書の私の情報をユニバーサル サービス運営会社および／またはその代理人と共有することを認め、同意します。
- 法定後見人または委任状保持者は、この申請書に署名することができます。

California LifeLine ワイヤレス加入者の場合：

- California LifeLine から今後 SMS (テキスト) メッセージを受信することに同意します。
- これらのテキスト メッセージは California LifeLine 扶助を受給するために必要ないため、いつでも受信を拒否できることを理解しています。
- 私は、California LifeLine が、受給に関する重要な注意事項を共有するために、テキスト メッセージを使用していることを理解しています。

申請者の署名 (必須)

今日の日付 (月日, 年)

○ 法定後見人または委任状保持者の署名がある場合は、この丸印を塗りつぶしてください。



サポートし
てください

人種／民族およびその他の人口統計的情報を入力してください

California のコミュニティに適切にサービスを提供しているかどうかを評価するために、お客様の収入とその他の人口統計的情報をお伺いする必要があります。これは、California LifeLine・プログラムの資格に影響するものではありません。

収入:

昨年、世帯全員の合計収入はいくらでしたか？

1つお選びください:

- \$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 以上
- 回答しないことを希望する

- 過去12ヶ月のうち2ヶ月以上滞在した全員の収入のみを記載する。
- ホームレスや集合住宅に住んでいる場合は、収入と支出を共有する人のみを含める。

性別:

1つお選びください:

- 男
- 女
- トランス・ジェンダー
- ノンバイナリー／ノンコンフォーミング
- 回答しないことを希望する

次のページへ ▶▶▶





サポートし
てください

人口統計情報の続き

人種／民族：

1つお選びください：

- 黒人／アフリカン・アメリカン
- アメリカン・インディアン／アラ
スカ・ネイティブ
- ヒスパニック/ラテン系
- 白人
- アジア人
 - カンボジア
 - 中国
 - フィリピン人
 - インド
 - 日本人
 - 韓国人
 - ラオス人
 - ベトナム
 - その他アジア人
- パシフィックアイランダー人
 - グアマニア
 - ネイティブハワイアン人
 - サモア
 - その他の太平洋島民
- その他
- 回答しないことを希望する





California LifeLine プログラム 給資格ガイドライン

基本ガイドライン

- 1世帯あたり、1件の California LifeLine 扶助を受給できます (TTY利用者を除く)。
- 固定電話か携帯電話のどちらかを選択する必要があり、両方は選択できません。
- 1世帯で、複数の変更後: 電話会社から扶助を受けることはできません。
- 扶助の受給には、署名、生年月日、およびソーシャルセキュリティ番号の最後の4桁または部族ID番号の全桁を伝える必要があります。
- 一世帯に一扶助の受給というルールに従わない者は、扶助を受給できなくなり、米国政府から訴追されることがあります。
- 扶助を受給するために虚偽の情報を提供した個人は、処罰されることがあります。処罰には、禁固刑、特典の喪失、金銭的な罰金、California LifeLine 制度からの追放などがあります。
- 申請者は、他人の所得税申告書に扶養家族として申告することはできません。
- 署名する申請者は、ステップ1の「自宅住所」に記載されている人物と同一人物でなければなりません。
- サービス接続料金の割引は、主たる住居に対してのみ可能です。
- ライフラインの扶助を他人に譲渡することはできません。本人が制度に申請しなければなりません。

収入に基づく場合のガイドライン

収入を基にした受給資格がある場合、申請者の世帯の合計年収 (税込) が、世帯人数に応じた California LifeLine の年間所得以下であること。世帯には、同じ住所に同居している大人と子どもをひとつの経済単位とします。

経済単位は、その世帯の収入と支出に貢献し、かつそれらを共有しているすべての大人 (すくなくとも 18 歳以上) で構成されます。世帯人数は問いません。

世帯人数が 10 名を超える場合は、1 名増えるごとに \$8,200 を、\$95,100 に加算し、適合する California LifeLine の年間所得制限を算出します。

所得表で、申請者の世帯に受給資格があるかどうかを確認します。

注記

- 現金、チェック、またはこのガイドラインそのものを送付しないでください。
- 受給が認められた後に、この扶助の受給資格がなくなった場合、または誤って世帯が複数の扶助を受給している場合は、30 日以内に California LifeLine または変更後: 電話会社に通知しなければなりません。
- 受給し続けるには、毎年更新しなければなりません。
- California LifeLine 扶助の受給期間は、一年ごとに期限が切れます。
- 健康診断書、所得証明書、およびプログラム参加証明書の写しを郵送してください。原本は送付しないでください。原本を送付した場合、返送されませんので、ご注意ください。

収入計算表

週間の総収入	x 52 =	年間収入
隔週の総収入	x 26 =	年間収入
月間の総収入	x 12 =	年間収入



総収入とは、**申請者の世帯の全員** (大人と子ども) が、課税対象か非課税かを問わず、受け取った **税引き前** のお金のことで、賃金、給与、利息、配当、扶養手当および養育費、助成金、贈与、手当、俸給、宝くじの当選金、相続、労働者災害補償、失業手当および生活保護、社会保障給付、年金、賃貸収入、自営業からの収入、その他の源泉からの現金支給、および雇用関連のすべての現金外収入などを含みますが、これだけに限定されるものではありません。

記入済みかつ署名済みの申請書と一緒に、世帯の年間総収入が年間所得制限の条件を満たしていることを証明する書類の**写しを郵送**してください。

証明書の種類

プログラムに基づく場合の証明書の種類 (写しのみを送信)

- 適格な支援制度の身分証明書または身分証明番号
- 社会保障所得 (SSI) および／または適格な支援制度からの給付金明細書
- 適格支援制度の適格通知書または決定書
- その他の公的書類

収入に基づく場合の証明書の種類 (写しのみを送信)

- 前年度の州税 (540、540A、540 2EZ、540NR、540X)、連邦税 (1040、1040A、1040EZ、1040NR、1040NREZ、1040SS、1040X)、または部族税の申告書のフロントページのみ。
- 過去12ヶ月以内で、連続3ヶ月分の収入証明書または給与明細書
- 社会保障、退役軍人援護局、退職金/年金、失業補償、労働者災害補償、および／または適格な援助制度からの給付金に関する明細書
- 慰謝料や養育費に関する書類、その他の公的書類

California LifeLine 扶助から2回線目の受給

California LifeLine は、申請者が California LifeLine で 2 回線目の電話回線の申し込みを希望しているとの連絡を受けました。テレタイプライター (TTY) の使用者は、即時かつ継続的にテレタイプライターにアクセスする必要があります。

ろう者・障がい者用通信制度で、TTY を支給されなかった場合は、TTY の必要性を示す診断書のコピーを提出してください。

また、California LifeLine 扶助の2回線目の給付を受けるには、プログラムまたは収入に基づく受給資格も必要です。

Enhanced LifeLine および Link-Up

California LifeLine は、連邦政府が認めた部族の土地に住む消費者向けの Enhanced LifeLine

世帯人数	California LifeLine 扶助の年間所得制限
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
収入ガイドラインの有効期間： 2024 年 6 月 1 日から 2025 年 5 月 31 日まで。	





または Link-Up プログラムへの申請を希望しているという通知を受けました。
また、この扶助の給付を受けるには、プログラムまたは収入に基づく受給資格も必要です。
一部の電話会社では、Enhanced LifeLine および Link-Up を提供していないことがありますので、ご了承ください。

SAMPLE





SAMPLE

意図的に空白のページ

