

2 0 2 3 1 2 0 7 0 0 0 0 0 5
000002
FIRSTNAME M. LASTNAME TEMP #4 IDVRENEWALFORM
12PT
123 MAIN STREET
STE 45
ANYTOWN CA

2023년 9월 30일
이전에 갱신하십시오
CaliforniaLifeLine.com
에서 온라인으로 갱신하시면
더 빠릅니다.

신원(ID) 확인서

응답 날짜: 2023년 9월 30일

123-456-7890에 대한 California LifeLine ID 확인

귀하의 신원을 확인할 수 없습니다. 이는 귀하의 이름, 성, 생년월일 또는 사회보장 번호 마지막 4자리가 일치하지 않기 때문일 수 있습니다. 귀하는 귀하의 신원을 확인할 수 있는 서류를 준비하여 마감일까지 이 통지에 응답해 주셔야 합니다.

이 양식에 서명하고 신분증 사본을 첨부하여 제출해 주십시오.

CaliforniaLifeLine.com에서 온라인으로 가장 빠르고 안전하게 제출할 수 있습니다.

귀하는 California LifeLine 등록 코드(전화 번호)가 필요하며 위에서 확인하실 수 있습니다. 또는 1-888-765-1567으로 문의해 주십시오. 업무 시간은 월요일~금요일(주 지정 공휴일 제외) 오전 7시부터 오후 7시까지입니다.

또는 이 양식에 서명하고 신분증 사본을 첨부하여 우송해 주셔도 됩니다. 우표는 필요하지 않습니다.

귀하가 갱신 신청서를 제출하고 우리가 귀하의 신원을 확인한 후, California LifeLine은 귀하의 갱신에 대한 승인 또는 거부 여부를 확인하여 귀하에게 통보할 것입니다. 1년이 되는 연차일 2023년 9월 30일에 통보해 드립니다.

허용 가능한 증빙 서류:

허용 가능한 증빙 서류에는 정부 또는 부족 기관이 발급하고 생년월일 또는 사회보장 번호가 명시된 사진 ID가 포함되어야 합니다.

허용 가능한 신원 증빙 서류 전체 목록을 원하면 CaliforniaLifeLine.com에서 참조하거나 1-888-765-1567으로 전화하여 문의하십시오.

다음 페이지로 계속 ▶▶▶



질문이 있으신가요?
도와드리겠습니다.

갱신, 응답 날짜,
갱신 상태에 대한 질문은
California LifeLine에
1-888-765-1567
(TTY: 888-858-7889)
으로 문의해 주십시오.
업무 시간은 월요일 ~
금요일(주 지정 공휴일
제외) 오전 7시부터
오후 7시까지입니다.



갱신서 우송
양식을 작성하고 서명하여
다음 주소로 우송할
수 있습니다

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



**아래 사항을 읽고 서명한 후 이름을 정자체로 기입해 주십시오.**

본인은 연방 및 주 정부 규정을 준수하기 위해 아래에 서명함으로써 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 다음과 같이 확인합니다.

- 본인은 이 신청서에 정보를 거짓으로 기재하거나 누락하는 것이 법에 위배됨을 이해합니다.
- 본인의 가족은 California LifeLine 혜택을 받을 자격이 있습니다.
- 본인의 가족 구성원 중 TTY 사용자가 있다는 증빙 서류를 제출하지 않는 한 본인의 가족은 한 개를 초과하는 California LifeLine 혜택을 지원 받지 못합니다.
- 본인은 이 양식에 제공한 모든 정보가 California LifeLine 프로그램 혜택 신청 및/또는 혜택 지원을 위한 목적으로 수집, 사용 및 보유될 수 있으며, California LifeLine은 필요에 따라 임의의 기관과 이를 공유할 수 있다는 데 동의합니다.
- 서비스 주소는 본인의 주 거주지입니다.
- 본인은 다른 사람의 세금 신고서에 부양가족으로 청구되어 있지 않습니다.
- 본인은 통지 규정을 이해합니다.
- 본인은 매년 혜택을 갱신해야 합니다.
- 본인은 갱신하지 않을 경우 혜택을 상실하게 됨을 이해합니다.
- 이 양식의 정보는 사실이며 정확합니다.
- 본인은 다음과 같은 경우 30일 이내에 해당 서비스 제공자 또는 California LifeLine에 통지해야 함에 동의합니다.
 - 본인의 우편 주소나 집 주소가 변경되었습니다.
 - 본인은 더 이상 California LifeLine 혜택 지원 자격에 해당되지 않습니다.
 - 본인의 가족 구성원 중 TTY 사용자가 있어서 본인의 가족은 두 개 이상의 California LifeLine 혜택을 지원 받고 있습니다.
- 본인은 본 통지 규정을 준수하지 않을 경우 처벌을 받게 될 것임을 이해하고 이에 동의합니다. 처벌에는 혜택 상실, 벌금, California LifeLine 이용 금지, 수감 포함될 수 있습니다.
- 본인은 California LifeLine이 이 양식에 기재된 본인의 정보를 Universal Service Administrative Company 및/또는 그 대리인과 공유하는 것을 인정하고 동의합니다.
- 법적 보호자 또는 위임장을 소지한 사람은 이 양식에 서명할 수 있습니다.

California LifeLine 무선 참가자의 경우:

- 본인은 추후 California LifeLine에서 보낸 SMS(문자) 메시지를 수신하는 데 동의합니다.
- 본인은 이러한 문자 메시지가 California LifeLine 혜택을 받는 데 필요한 것은 아니기 때문에 언제든지 이러한 문자 메시지 수신을 거부할 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 California LifeLine이 문자 메시지를 사용하여 혜택에 대한 중요한 알림을 공유한다는 것을 이해합니다.

가입자의 서명(필수)	오늘 날짜(월일, 년도)
-------------	---------------

○ 법적 보호자 또는 위임장을 소지한 사람이 서명한 경우 이 버블을 채우십시오.

아래에 필수* 정보를 정자체로 기입합니다.

* 가입자의 이름 및 성 (정자체)

