

2 0 2 4 0 8 1 4 0 0 0 0 2 2
000005
FIRSTNAME M. LASTNAME TEMP #3 RENEWALFORM 12PT
STE 45
123 MAIN STREET
ANYTOWN CA 05-5678

2024년 10월 15일
이전에 갱신하십시오
CaliforniaLifeLine.com
에서 온라인으로 갱신하시면
더 빠릅니다.

California LifeLine 혜택 갱신

LifeLine 혜택을 계속 누리려면 귀하의 응답 날짜인
2024년 10월 15일 전에 갱신하십시오.

갱신하려면:

- 귀하는 18세 이상이거나 부모로부터 합법적으로 독립한 미성년자여야 합니다.
- 우편 주소 또는 집 주소를 변경하거나 수정한 경우 30일 이내에 전화회사에 알려야 합니다.
- 한 가구에 단 1개의 혜택만 허용됩니다.
- 한 가구는 단 1개의 전화회사에서만 혜택을 받을 수 있습니다.

California LifeLine 혜택을 갱신하는 3가지 방법:

1 온라인: CaliforniaLifeLine.com 에서 갱신하십시오.

2 전화: 월요일~금요일(주 지정 공휴일 제외) 오전 7시부터 오후 7시까지 1-888-765-1567 (TTY: 888-858-7889)으로 문의하세요.

3 우편: 갱신 양식을 작성하고 서명하여, 우편으로 California LifeLine으로 보내십시오. 갱신 양식과 함께 제공된 반환 봉투를 사용하십시오. 우표는 필요 없습니다.

귀하가 갱신 신청서를 제출하고 우리가 귀하의 신원을 확인한 후, California LifeLine은 귀하의 갱신에 대한 승인 또는 거부 여부를 확인하여 귀하에게 통보할

다음 페이지로 계속 ▶▶▶



질문이 있으신가요?
도와드리겠습니다

갱신, 귀하의 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.



양식 우송

갱신 양식을 작성하고 서명하여 다음 주소로 우송할 수 있습니다.

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

기록을 보관하시려면 이
페이지를 보관하십시오.





것입니다. 1년이 되는 연차일 2024년 10월 15일에 통보해 드립니다.

California LifeLine 혜택을 갱신하려면 이 날짜 **2024년 10월 15일** 전에 반드시 갱신 양식을 작성하여 제출해야 합니다. 증빙 서류를 보낼 필요가 없습니다.

SAMPLE





알아야 할 사항:

성인은 18세 이상의 개인 또는 부모로부터 합법적으로 독립한 미성년자(법적으로 성인으로 간주되는 18세 미만의 개인)입니다.

연차일은 갱신이 되지 않을 경우(그리고 어떤 이유로든 귀하가 프로그램에서 아직 탈퇴하지 않은 경우) California LifeLine 혜택이 종료되는 날짜입니다. 갱신이 될 경우 연차일에 1년이 추가됩니다.

California LifeLine은 자격이 되는 가구에 저렴한 전화 서비스를 제공하는 정부 프로그램입니다.

부모 또는 보호자와 함께 사는 18세 미만의 아동은 부모 또는 보호자와 동일한 가구에 속하는 것으로 간주됩니다.

가구에는 단일 경제 단위로 동일한 주소에서 함께 사는 성인과 아동이 포함됩니다. 경제 단위는 가구의 수입과 지출에 대해 기여 및 공유하는 모든 성인으로 구성됩니다.

가구 지출에는 식비, 의료비와 같은 헬스케어 지출, 주택 또는 아파트와 같은 거주지의 임대 또는 주택 담보 대출 비용, 그리고 수도, 난방 및 전기를 포함한 유틸리티가 포함됩니다.

수입에는 임금, 급여, 이자, 배당금, 위자료 및 자녀 양육비, 보조금, 선물, 수당, 봉급, 복권 당첨금, 상속, 산재 보상, 실직 및 공공 보조 수당, 사회보장 수당, 연금, 임대 소득, 자영업 소득, 기타 출처의 현금 지급금, 그리고 모든 고용 관련 비현금 소득이 포함되나 이에 국한되지 않습니다.

Medicaid(캘리포니아주에서는 **Medi-Cal**이라고 함)은 필요한 의료 서비스 비용을 지급할 충분한 소득이 없는 저소득 가정과 적격 고령자, 시각 장애인 및/또는 장애인을 위한 정부 건강 보험 프로그램입니다.

Medicare는 65세 이상, 말기 신장 질환(ESRD) 환자 및 젊은 특정 장애인을 위한 연방 건강 보험 프로그램입니다.

생활 보조금(SSI)은 장애인, 시각 장애인 또는 65세 이상의 고령자로 소득과 자원이 제한된 사람들을 위한 월별 혜택 연방 프로그램입니다. 시각 장애인이나 장애 아동도 SSI에 대해 자격이 있을 수 있습니다.

사회 보장 장애 보험(SSDI)은 고용 능력을 제한하는 의학적으로 결정 가능한 장애가 있는 사람들에게 매월 혜택을 제공하는 연방 보험 프로그램입니다. 자격은 장애 및 근로 크레딧을 기반으로 합니다.





California LifeLine 혜택 갱신 2024년 10월 15일까지 제출하십시오

알아야 할 사항
참조.

아래의 갱신 단계를 따르십시오.

1단계: 우편 주소와 집 주소, 전화 번호가 정확한지 확인하십시오.

2단계: 귀하의 가구가 아직 California LifeLine 혜택을 받고 있지 않음을 입증하십시오.

3단계: 프로그램을 기준으로 갱신하는지, 수입을 기준으로 갱신하는지 알려주십시오.

기타 정보: 귀하의 가구에 대한 자세한 정보를 알려주셔야 합니다.

마지막 단계: 양식을 인증하고 서명하십시오. 그런 다음 응답 날짜까지 제출하십시오. 가입 자격 증빙 서류를 보낼 필요가 없습니다.

필요한 정보: 인종/민족 및 기타 인구통계학적 정보를 제공해 주세요.

California LifeLine에 대한 가입 자격이 없거나 그 혜택 지원을 중단하려면 이 버블을 채우십시오.

○ 본인은 탈퇴합니다



SMS/문자 메시지:

345345로부터 매달 최대 10회의 중요 알림이 수신됩니다. 메시지 및 데이터 요금이 부과될 수 있습니다. 메시지 수신을 거부하려면 **STOP(정지)**이라고 회신하십시오. 도움이 필요하면 **HELP(도움)**이라고 회신하십시오. 또는 **866-272-0349**에 전화하십시오.

1단계

우편 주소와 집 주소, 전화 번호가 정확한지 확인하십시오.

우편 주소와 집 주소, 전화 번호가 정확한지 확인하십시오. 잘못된 경우 **30일** 이내에 **전화회사**에 전화하십시오. 귀하의 정보를 수정하도록 요청하십시오.

이 갱신 양식을 수정하지 **마십시오**.

우편 주소

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

집 주소

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

가입자의 전화번호: 123-456-7890

갱신 양식 날짜: 2024년 10월 15일

전화회사 전화번호:

999-999-9999

다음 페이지로 계속 ▶▶▶





2단계 귀하의 가구가 아직 California LifeLine 혜택을 받고 있지 않음을 입증하십시오.

여기에 본인의 이니셜을 정자체로 기입함으로써 본인은 가족 중 누구도 현재 휴대폰 서비스를 위한 연방 LifeLine을 포함하여 현재 전화 회사 또는 다른 전화 회사의 캘리포니아 LifeLine 혜택을 받지 않음을 입증합니다.

이름과 성의 이니셜을 정자체로 기입: _____

3단계 프로그램을 기준으로 갱신하는지, 수입을 기준으로 갱신하는지 알려주십시오.

다음 중 하나의 확인란에 체크 표시:

- 본인은 가족 구성원이 등록되어 있는 프로그램을 기준으로 갱신합니다(파트 A로 이동).
- 본인은 소득을 기준으로 갱신합니다(파트 B로 이동).

파트 A: 본인은 가족 구성원이 등록되어 있는 프로그램(들)을 기준으로 갱신합니다.

가족 중에 아래 프로그램에 등록되어 있는 사람이 있는 경우 자녀를 포함하여 가족이 속한 프로그램 옆에 있는 모든 버블을 채우십시오.

파란색 또는 검은색 펜을 사용하여 다음과 같이 버블을 완전히 채우십시오. ● 올바른 ☒ 잘못된

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medi-Cal [Medicaid Program (Medicaid 프로그램)]
*혜택 식별 카드 사본을 제공해야 합니다. <input type="checkbox"/> CalFresh [영양 보충 지원 프로그램 (SNAP)] <input type="checkbox"/> SSI [보장 소득 보완 프로그램] <input type="checkbox"/> 섹션 8 [공공 주택 지원 프로그램] <input type="checkbox"/> 부족 TANF [도움이 필요한 가족을 위한 부족 임시 지원 프로그램] <input type="checkbox"/> 부족 헤드 스타트 프로그램 <input type="checkbox"/> 인디언 총무국 <input type="checkbox"/> FDPIR [인디언 보호 구역 식량 배급 프로그램] <input type="checkbox"/> VA 연금/퇴역 군인 생존자 연금 [연방 퇴역 군인 및 생존자 연금 혜택 프로그램] | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> LIHEAP [저소득 가정 에너지 지원 프로그램] <input type="checkbox"/> NSLP [전미 학교 급식 프로그램] <input type="checkbox"/> WIC [여성, 유아 및 아동 프로그램] <input type="checkbox"/> 아래 나열된 프로그램 중 귀하가 가입된 프로그램이 있는 경우 이 버블을 채우십시오. <input type="checkbox"/> TANF [도움이 필요한 가족 임시 지원 프로그램] <input type="checkbox"/> CalWORKs [캘리포니아 취업 기회 및 아동에 대한 책임 프로그램] <input type="checkbox"/> StanWORKs [스타니슬라우스 취업 기회 및 아동에 대한 책임 프로그램] <input type="checkbox"/> WTW [복지-근로] <input type="checkbox"/> GAIN [자립을 위한 더 큰 길 프로그램] |
|--|--|

다음 페이지로 계속 ▶▶▶





파트 B: 본인은 소득을 기준으로 갱신합니다.

위의 버블을 채우지 **않았고** 귀하의 가구 연간(매년) 총 소득(세전)이 연간 수입 한도 이하인 경우 이 파트를 작성하십시오. 연간 수입 한도를 확인하려면 자격 가이드라인에서 수입 표를 참고하십시오.

귀하의 가구 구성원(성인과 아동) 수:

성인(18세 이상): _____ + 아동(18세 미만): _____ = _____

가구의 연간 총소득을 달러 단위로 반올림: \$ _____, _____ .00

자격 가이드라인에서 수입 계산을 참고 하십시오.

SAMPLE





기타 정보

이 난에서 귀하의 가구에 대한 자세한 정보를 알려주십시오.

귀하가 연방 정부에서 인정한 부족 토지에 여전히 거주하고 있는지 여부를 알려주십시오.

귀하가 연방 정부에서 인정한 부족 토지에 계속 거주하고 있으며 Enhanced LifeLine 및 Link-Up 할인을 원하는 경우 이 섹션을 작성하십시오. 아래에 부족 ID 번호와 이니셜을 정자체로 기입하여 인증하십시오.

부족 ID 번호 기입: _____

이름과 성의 이니셜을 정자체로 기입: _____

가족 구성원이 텔레타이프라이터(TTY)를 사용하는지 알려주십시오.

가족 중 텔레타이프라이터(TTY)를 사용하는 사람이 있고 두 번째 California LifeLine 할인을 계속 받기를 원하시면 이 난을 작성하십시오.

- 예 예인 경우, TTY 가족 구성원은 여전히 두 번째 California LifeLine 할인이 필요하고 이에 대해 자격이 있습니다.
- 아니요 아니요인 경우, 이 전화번호는 California LifeLine 프로그램에서 제거되며 더 이상 이 전화번호에 대한 할인을 받을 수 없습니다.





SAMPLE

의도적으로 비워둔 페이지



**마지막 단계****갱신 양식을 인증하고 서명하여 제출해 주십시오**

귀하의 법정 실명과 기타 필수(*) 정보를 아래에 정자체로 기입하십시오. 귀하의 법정 실명은 사회 보장 카드 또는 주 ID와 같은 공식 문서에 사용하는 이름입니다. 별명이 아닙니다.

* 가입자의 이름 및 성

* 가입자의 사회 보장 번호(SSN) 마지막 네 자리

* 가입자의 생년월일(월일, 연도)

귀하가 원하는 추후 통지 수신 인쇄선택을 알려주세요(선택 사항).
○ 일반 인쇄 ○ 큰 활자체 인쇄 ○ 점자

다음 페이지로 계속. 계약서를 읽고 갱신 양식에 서명하십시오. ▶▶▶

SAMPLE





마지막 단계

아래 사항을 읽고 갱신 양식에 서명하십시오.

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

- 본인은 이 갱신 양식에 정보를 거짓으로 기재하거나 누락하는 것이 법에 위배됨을 이해합니다.
- 본인의 가족은 캘리포니아 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.
- 집주소는 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 전화회사 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, 수감이 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.



**협조 요청****인종/민족 및 기타 인구통계학적 정보를 제공하십시오**

우리가 California 지역사회에 적절하게 서비스를 제공하고 있는지 평가하기 위해 귀하의 소득 및 기타 인구통계학적 정보에 대해 질문해야 합니다. 이는 귀하의 California LifeLine 프로그램 자격에 영향을 미치지 않습니다.

소득:

작년에 귀하의 가구 구성원 전체의 총 소득은 얼마였습니까?

하나를 선택하십시오:

- \$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 이상
- 응답하지 않음

성별:**하나를 선택하십시오:**

- 남성
- 여성
- 트랜스 젠더
- 논바이너리/젠더 비순응
- 응답하지 않음

- 지난 12개월 중 2개월 이상 귀하와 함께 머물렀던 모든 사람의 소득만 포함하십시오.
- 노숙사이거나 공동 주택에 거주하는 경우 소득과 지출을 공유하는 모든 사람만 포함하십시오.

다음 페이지로 계속 ▶▶▶





협조 요청

신원정보 계속됨

인종/민족:

하나를 선택하십시오:

- 흑인/아프리카계 미국인
- 아메리칸 인디언/알래스카 원주민
- 히스패닉/라틴계
- 백인
- 아시아인*
- 캄보디아인
- 중국인
- 필리핀인
- 인도인
- 일본인
- 한국인
- 라오스인
- 베트남인
- 기타 아시아인
- 태평양 섬 주민*
- 괌인
- 하와이 원주민
- 사모아인
- 기타 태평양 섬주민
- 기타
- 응답하지 않음



California LifeLine 프로그램 자격 가이드라인

일반 가이드라인

1. TTY 사용자를 제외하고 가구당 California LifeLine 혜택은 단 **1개**입니다.
2. 가구는 집 전화 또는 휴대폰에 대한 혜택 수급을 선택해야 하지만 둘 다 선택해서는 안 됩니다.
3. 가구는 1개의 전화회사에서만 혜택을 받을 수 있습니다.
4. 혜택을 지원 받으려면 서명, 생년월일, 사회 보장 번호의 마지막 4자리 숫자 또는 부족 ID 번호 전체를 제공해야 합니다.
5. 가구당 1개 혜택 규정을 따르지 않는 개인은 혜택을 상실하게 되며 미국 정부에 의해 기소될 수 있습니다.
6. 혜택을 받기 위해 허위 정보를 제공한 개인은 처벌받을 수 있습니다. 처벌에는 구금, 혜택 상실, 금전적 벌금, California LifeLine 프로그램 이용 금지가 포함될 수 있습니다.
7. 가입자는 다른 사람의 세금 신고서에서 부양가족으로 청구될 수 없습니다.
8. 양식에 서명하는 가입자는 1단계의 집 주소에 기재된 사람과 동일해야 합니다.
9. 서비스 연결 요금 할인은 주 거주지에 한해서만 가능합니다.
10. LifeLine 혜택을 다른 사람에게 양도할 수 없습니다. 그들은 프로그램을 신청해야 합니다.

참고

- 현금, 수표 또는 이 지침을 보내지 마십시오.
- 귀하가 갱신을 받은 후 더 이상 혜택을 받을 자격이 없다고 생각되거나 실수로 가구가 두 개 이상의 혜택을 받는 경우 **30 일** 이내에 저희 또는 전화회사에 알려주셔야 합니다.
- 프로그램을 계속 사용하려면 매년 갱신해야 합니다.
- California LifeLine 가입 기간은 1년에 불과합니다.
- 진단서, 소득 증빙 서류 및 프로그램 가입 증빙 서류의 사본을 우편으로 보내주십시오. 문서 원본은 보내지 마십시오. 반환해 드릴 수 없습니다.

수입 기준 가이드라인

위의 버블을 채우지 않았고 귀하의 가구 연간(매년) 총 소득(세전)이 연간 수입 한도 이하인 경우 이 파트를 작성하십시오. 가구에는 단일 경제 단위로 동일한 주소에서 함께 사는 성인과 아동이 포함됩니다.

경제 단위는 가구의 수입과 지출에 대해 기여 및 공유하는 모든 성인(18세 이상 개인)으로 구성됩니다 모든 가구 규모가 허용됩니다.

가구 구성원이 10명을 초과하는 경우 각 추가 구성원에 대해 \$8,200에서 \$95,100를 추가하여 일치하는 California LifeLine 연간 소득 한도를 찾으십시오.

귀하의 가구가 자격이 있는지 알아보려면 수입 표를 확인하십시오.

총 소득은 과세 여부에 관계없이 **가구의 모든 구성원**(성인 및 자녀)이 받는 **세전** 금액으로 정의되며 임금, 급여, 이자, 배당금, 위자료 및 자녀 양육비, 보조금, 선물, 수당, 봉급, 복권 당첨금, 상속, 산재 보상, 실직 및 공공 보조 수당, 사회보장 수당, 연금, 임대 소득, 자영업 소득, 기타 출처의 현금 지급금, 그리고 모든

수입 계산		
주간 총 수입	x 52 =	연간 수입
격주 총 수입	x 26 =	연간 수입
월간 총 수입	x 12 =	연간 수입





고용 관련 비현금 소득이 포함되나 이에 국한되지 않습니다.

두 번째 California LifeLine 혜택

California LifeLine은 귀하가 California LifeLine에 두 번째 전화선을 갱신하기를 원한다는 통지를 받았습니다. 텔레타이프라이터(TTY)를 사용하는 사람은 이에 대해 즉각적이고 지속적으로 액세스할 수 있어야 합니다.

청각 장애인 및 장애인 통신 프로그램에서 TTY를 제공하지 않은 경우 해당 개인이 TTY가 필요함을 입증하는 진단서 사본을 제출하십시오.

두 번째 California LifeLine 혜택을 받으려면 귀하의 가구는 여전히 프로그램 또는 소득에 따라 자격을 갖추어야 합니다.

Enhanced LifeLine 및 Link-Up

California LifeLine은 귀하가 연방 정부에서 인정하는 부족 토지에 거주하는 가입자를 위한 Enhanced LifeLine 또는 Link-Up 프로그램을 갱신하기를 원한다는 통지를 받았습니다.

이 혜택을 받으려면 귀하의 가구는 여전히 프로그램 또는 소득에 따라 자격을 갖추어야 합니다.

모든 전화 회사가 Enhanced LifeLine 및 Link-Up 프로그램을 제공하는 것은 아닙니다.

수입 표	
가구 규모	California LifeLine 연간 수입 한도
1명	\$23,400
2명	\$31,700
3명	\$40,000
4명	\$48,400
5명	\$56,800
6명	\$65,200
7명	\$73,600
8명	\$82,000
9명	\$90,400
10명	\$98,800

수입 가이드라인은 2024년 6월 1일부터 2025년 5월 31일까지 유효합니다.

