



LifeLine le informará si se aprobó o rechazó su solicitud.

Para obtener el beneficio de California LifeLine, usted **debe** completar y enviar esta solicitud y toda prueba necesaria antes de esta fecha: **15 de octubre de 2024**. Usted puede enviar una copia de su prueba de identidad oficial con esta solicitud. Para encontrar las directrices sobre los documentos de identidad aceptables, vaya a CaliforniaLifeLine.com/es.

SAMPLE



Información importante si usted está presentando la solicitud para beneficios de California LifeLine para servicio de telefonía celular:

Cuando usted presenta la solicitud para el beneficio de servicio de telefonía celular de LifeLine, hay un período de espera de **30 días** antes de que pueda hacer otro pedido de inscripción. Usted **no puede** hacer más de un pedido a la vez. El período de espera de 30 días termina cuando ocurra una de estas cosas:

- California LifeLine envía la decisión sobre su solicitud, o
- Usted cancela su solicitud, o
- Han pasado más de 30 días desde que usted envió su solicitud

Después del período de espera de 30 días, usted puede enviar otra solicitud para el beneficio de servicio de telefonía celular de California LifeLine. Para cancelar una solicitud u obtener ayuda, llame a California LifeLine o a su compañía telefónica.



Palabras que necesita saber:

Un **adulto** es cualquier persona de 18 años o más o una persona menor emancipada (una persona menor de 18 años que legalmente se considera que es un adulto).

California LifeLine es un programa del gobierno que proporciona servicio telefónico a bajo costo a hogares que reúnen los requisitos.

Los **niños** menores de 18 años que viven con sus padres o tutores se consideran parte del mismo hogar del que son parte sus padres o tutores.

Un **hogar** incluye a los adultos y a los niños que viven juntos en la misma dirección como una unidad económica. Una **unidad económica** está formada por todos los adultos que contribuyen y comparten los ingresos y los gastos de un hogar.

Los **gastos de un hogar** incluyen alimentos; gastos de cuidados de salud tales como facturas médicas; costo de alquiler o pago de hipoteca de su lugar de residencia, tal como una casa o un apartamento; y servicios como agua, calefacción y electricidad.

Los **ingresos** incluyen, entre otras cosas, salarios, sueldos, intereses, dividendos, manutención conyugal e infantil, becas, regalos, asignaciones, estipendios, ganancias de lotería, herencias, compensación del trabajador, beneficio por desempleo y de asistencia pública, pagos del Seguro Social, pensiones, ingresos de alquiler, ingresos de trabajo por cuenta propia, pagos en efectivo de otras fuentes y todos los ingresos relacionados con el empleo que no sean en efectivo.

Medicaid (llamado **Medi-Cal** en California) es un programa de seguro de salud del gobierno para familias con bajos ingresos y personas mayores, ciegas y/o con discapacidades que no tienen suficientes ingresos para pagar los servicios médicos necesarios.

Medicare es el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, personas con enfermedad renal terminal (ESRD, en inglés) y ciertas personas jóvenes con discapacidades.

La **Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés)** es un programa federal de beneficios mensuales para personas con ingresos y recursos limitados que tienen discapacidades, son ciegas o tienen 65 años o más. Los niños que son ciegos o tienen discapacidades también podrían ser elegibles para SSI.





Palabras que necesita saber *(continuación):*

El **Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI, en inglés)** es un programa federal de seguro con beneficios mensuales para personas que tienen una discapacidad médicamente determinable que limita su capacidad de estar empleadas. La elegibilidad se basa en la discapacidad y los créditos por trabajo.

SAMPLE



Solicitud para el beneficio de California LifeLine

Preséntela antes del 15 de octubre de 2024

Vea las palabras que necesita saber

Siga estos pasos en la solicitud a continuación:

Paso 1: Asegúrese de que su dirección postal y la de su casa y su número telefónico estén correctos.

Paso 2: Certifique que su hogar no esté recibiendo el beneficio de California LifeLine.

Paso 3: Díganos si presenta una solicitud con base en un programa o en sus ingresos.

Otra información: Usted necesita darnos más información sobre su hogar.

Paso final: Certifique y firme la solicitud. Después, preséntela antes de la fecha de respuesta con las copias de sus pruebas.

Por favor: Proporcione su raza/etnia y otra información demográfica.



SMS/mensajes de texto:

Recordatorios importantes hasta 10 veces por mes desde el número 345345. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos. Para no recibir mensajes, responda **STOP**. Para obtener ayuda, responda **HELP**. O llame al: **1-866-272-0349**.

Paso 1 Asegúrese de que su dirección postal y la de su casa y su número telefónico estén correctos.

Asegúrese de que su nombre, dirección y número de teléfono estén correctos. Si están incorrectos, llame a su compañía telefónica en un plazo de 30 días.

Pídale que corrija su información. No haga correcciones en esta solicitud.

<p>Dirección postal Firstname M. Lastname Temp #1 ApplicationForm 12pt 123 Main Street Ste 45 Anytown, CA 05-5678</p>	<p>Número de teléfono del solicitante: 123-456-7890</p> <p>Fecha de la solicitud: 15 de octubre de 2024</p> <p>Número de teléfono de la compañía telefónica: 999-999-9999</p>
<p>Dirección del hogar Firstname M. Lastname Temp #1 ApplicationForm 12pt 456 Civic Ave Suite 78 Jamestown, CA 99999</p>	

Continúe en la página siguiente ►►►



**Paso 2** Certifique que su hogar no esté recibiendo el beneficio de California LifeLine.

Al escribir mis iniciales aquí, certifico que nadie más en mi hogar tiene el beneficio de California LifeLine con mi compañía telefónica actual u otra compañía telefónica, incluido LifeLine federal para el servicio de telefonía celular.

Escriba su primera y su última inicial: _____

Paso 3 Díganos si presenta una solicitud con base en un programa o en sus ingresos.**Marque una opción:**

- Estoy solicitando con base en uno o más programas en los que están inscritos los miembros del hogar (vaya a la Parte A).
- Estoy solicitando con base en mis ingresos (vaya a la Parte B).

Parte A: Estoy solicitando con base en uno o más programas en los que están inscritos los miembros del hogar.

Si alguien en su hogar está inscrito en alguno de los programas a continuación, llene todas las burbujas al lado de los programas en los que usted o alguien en su hogar participen, incluidos los niños.

Use un bolígrafo azul o negro para llenar la burbuja por completo, así: ● Correcto ☒ Incorrecto

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Medi-Cal [programa de Medicaid]
*Usted tiene que proporcionar una copia de su tarjeta de identificación de beneficios. | <input type="radio"/> Pensión de VA/Pensión para sobrevivientes de veteranos [Programa federal de beneficios de pensión para veteranos y sobrevivientes] |
| <input type="radio"/> CalFresh [Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)] | <input type="radio"/> LIHEAP [Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Recursos] |
| <input type="radio"/> SSI [programa de Seguridad de Ingreso Suplementario] | <input type="radio"/> NSLP [Programa Nacional de Almuerzo Escolar] |
| <input type="radio"/> Sección 8 [Programa de ayuda federal para la vivienda] | <input type="radio"/> WIC [Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños] |
| <input type="radio"/> TANF tribal [Asistencia Temporal para Familias Necesitadas para tribus] | |
| <input type="radio"/> Programa Head Start tribal | |
| <input type="radio"/> Asistencia general de la Oficina de Asuntos Indígenas | |
| <input type="radio"/> FDPIR [Programa de distribución de alimentos en reservas Indígenas] | |

Continúe en la página siguiente ►►►





- Llene esta burbuja si usted está inscrito en **ALGUNO** de los programas a continuación:
TANF [Asistencia Temporal para Familias Necesitadas]
CalWORKs [California Work Opportunity and Responsibility to Kids]
StanWORKs [Stanislaus Work Opportunity and Responsibility to Kids]
WTW [Welfare-to-Work]
GAIN [Mejores Opciones para Independizarse]

Usted debe enviar por correo con su solicitud una **copia** de documentos como prueba de que está en uno o más de estos programas de asistencia pública que cumplen los requisitos. Para ver los *Tipos de prueba*, lea las Directrices de elegibilidad.

Parte B: Estoy solicitando con base en los ingresos.

Si usted **no** llenó alguna burbuja en la parte anterior y el ingreso bruto total (anual) de su hogar (antes de impuestos) es igual o menor a los límites de ingreso anual, complete esta parte. Para ver los límites de ingresos anuales, lea la *Tabla de ingresos* en las Directrices de elegibilidad.

Número de personas (adultos y niños) en su hogar:

Adultos (18 años o más): _____ + Niños (menores de 18 años): _____ = _____

Ingreso bruto total anual del hogar redondeado a una cantidad exacta de dólares: \$ _____ , _____ .00

Lea la *Calculadora de ingresos* en las Directrices de elegibilidad.

Usted debe enviar por correo con su solicitud una **copia** de la prueba del ingreso bruto anual total de su hogar. Para encontrar *Tipos de prueba*, lea las Directrices de elegibilidad.

SAVED





SAMPLE

Esta página se dejó en blanco intencionalmente



Otra información

Use esta sección para contarnos más sobre su hogar.

Certifique que nadie más en su hogar recibe un beneficio de LifeLine.

Nota:

- Se permite solo un beneficio por hogar.
- Un hogar no puede tener el beneficio de más de una compañía telefónica.
- Si un adulto no tiene ingresos o tiene ingresos mínimos y vive con alguien que le da apoyo financiero a ese adulto, ambas personas se consideran parte del mismo hogar.

Responda las siguientes preguntas para averiguar si hay más de una unidad económica (un hogar) en la dirección de su casa.

1. ¿Vive usted con otro adulto?

Los adultos tienen 18 años o más o son menores emancipados. Un adulto puede incluir un cónyuge, una pareja doméstica, un padre o una madre, un hijo o hija adulto, un adulto de su familia, un compañero de casa, etc.

- Sí **Si la respuesta es "Sí", responda la pregunta 2.**
- No **Si la respuesta es "No", omita las preguntas 2 y 3 porque usted vive en una dirección que no recibe más de un beneficio de LifeLine. Escriba sus iniciales en la **Certificación B.****

2. ¿Recibe un beneficio de California LifeLine el adulto que vive con usted?

- Sí **Si la respuesta es "Sí", responda la pregunta 3.**
- No **Si la respuesta es "No", omita la pregunta 3 porque usted vive en una dirección que no recibe más de un beneficio de LifeLine. Escriba sus iniciales en la **Certificación B.****

3. ¿Comparte usted los ingresos y los gastos de vida con el adulto que vive con usted?

- Sí **Si la respuesta es "Sí", usted no es elegible para California LifeLine porque alguien en su hogar ya recibe un beneficio de LifeLine. Se permite solo un beneficio de LifeLine por hogar según las reglas de California LifeLine.**
- No **Si la respuesta es "No", continuará recibiendo su beneficio de LifeLine. Usted vive en una dirección en la que hay más de un hogar y su hogar no recibe más de un beneficio de LifeLine. Escriba sus iniciales en las **Certificaciones A y B.****

Escriba sus iniciales y certifique que nadie más en su hogar recibe un beneficio de LifeLine.

Iniciales aquí:

Certificación A: Vivo en una dirección con más de un hogar o grupo familiar.

Iniciales aquí:

Certificación B: Entiendo que no respetar la regla de un beneficio por hogar está en contra de las reglas de California LifeLine y que al hacerlo podría perder el beneficio de California LifeLine y posiblemente podría ser procesado por el gobierno de Estados Unidos.

Continúe en la página siguiente ►►►





Díganos si vive en tierras tribales reconocidas por el gobierno federal.

Se avisó a California LifeLine que usted desea presentar una solicitud para los programas Enhanced LifeLine o Link-Up para los consumidores que viven en tierras tribales reconocidas por el gobierno federal. Complete esta sección y certifique agregando su número de identificación tribal y sus iniciales en letra de imprenta a continuación.

Indíquenos su número de identificación tribal: _____

Escriba su primera y su última inicial: _____

Díganos si un miembro del hogar usa un teletipo para personas con problemas auditivos (TTY).

Complete esta sección si alguien en su hogar usa un teletipo para personas con problemas auditivos (TTY) y quiere el segundo descuento de California LifeLine. Si el Programa de Telecomunicaciones para Personas Sordas y Discapacitadas (DDTP, en inglés) proporcionó el TTY, escriba el nombre del usuario de TTY. De lo contrario, envíe por correo una copia de un certificado médico que muestre que la persona necesita un TTY.

Escriba el nombre del usuario de TTY: _____

SAMPLE





Paso final **Certifique, firme y envíe su solicitud.**

A continuación, escriba su nombre legal completo y otra información requerida (*). Su nombre legal es el que usa en los documentos oficiales, como su tarjeta de Seguro Social o identificación del estado. No es un apodo.

* Nombre y apellido del solicitante

* Últimos 4 números del número de Seguro Social (SSN) del solicitante:

* Fecha de nacimiento del solicitante (mes, día, año)

Díganos cómo le gustaría recibir avisos en el futuro (opcional)
 Impresión estándar Letra grande Braille

Continúe en la página siguiente. Lea el acuerdo y firme su solicitud. ▶▶▶

SAMPLE



Paso final**Lea a continuación. Luego, firme su solicitud.**

Al firmar a continuación, para cumplir con las reglas del gobierno federal y estatal, certifico, bajo pena de perjurio, que:

- Entiendo que es contra la ley mentir o excluir información en esta solicitud.
- Mi hogar reúne los requisitos para el beneficio de California LifeLine.
- Mi hogar no recibirá más de un beneficio de California LifeLine, a menos que haya presentado alguna prueba de que un miembro de mi hogar usa TTY.
- Estoy de acuerdo en que toda la información que proporciono en este formulario puede ser recopilada, utilizada y retenida con el propósito de solicitar y/u obtener beneficios del programa California LifeLine, y California LifeLine puede compartirla con cualquier agencia según sea requerido.
- La dirección de mi hogar es mi residencia principal.
- No se me reclama como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
- Entiendo las reglas de notificación.
- Debo renovar mi beneficio todos los años.
- Entiendo que si no renuevo, perderé el beneficio.
- La información en este formulario es verdadera y correcta.
- Acepto informar a mi compañía telefónica o a California LifeLine en un plazo de 30 días si:
 - Cambio mi dirección postal o de mi hogar, o
 - Ya no reúno los requisitos para California LifeLine, o
 - Mi hogar recibe más de un beneficio de California LifeLine porque un miembro de mi grupo familiar usa TTY.
- Entiendo y estoy de acuerdo en que se me sancionará si no sigo estas reglas de notificación. Las sanciones pueden incluir la pérdida de los beneficios, multas, la expulsión del programa California LifeLine y el encarcelamiento.
- Reconozco y doy mi consentimiento para que California LifeLine comparta mi información en este formulario con la Universal Service Administrative Company y/o sus agentes.
- Los tutores legales o las personas con una carta poder pueden firmar este formulario.

Para los participantes de servicio inalámbrico (wireless) de California LifeLine:

- Doy mi consentimiento para recibir mensajes SMS (de texto) de California LifeLine en el futuro.
- Entiendo que puedo elegir no recibir estos mensajes de texto en cualquier momento porque no son necesarios para obtener el beneficio de California LifeLine.
- Entiendo que California LifeLine usa mensajes de texto para compartir recordatorios importantes sobre el beneficio.

Firma del solicitante (requerida)

Fecha de hoy (mes, día, año)

- Llene esta burbuja si la firma un tutor legal o una persona con una carta poder.



Por favor Proporcione su raza/etnia y otra información demográfica.

Para evaluar si estamos sirviendo adecuadamente a las comunidades de California, queremos preguntarle sobre sus ingresos y otra información demográfica, esto NO afecta su elegibilidad para el programa California LifeLine.

Ingresos:

¿Cuál es el total combinado de los ingresos que todos los miembros de su hogar ganaron en el último año?

Seleccione uno:

- \$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 o más
- Prefiero no responder

Género:

Seleccione uno:

- Masculino
- Femenino
- Transgénero
- No binario/No conforme
- Prefiero no responder

- Incluya únicamente los ingresos de todas las personas que se quedaron con usted durante más de dos de los últimos 12 meses.
- Si no tiene hogar o vive en una vivienda grupal, incluya solo a todas las personas con las que comparte ingresos y gastos.

Continúe en la página siguiente ►►►





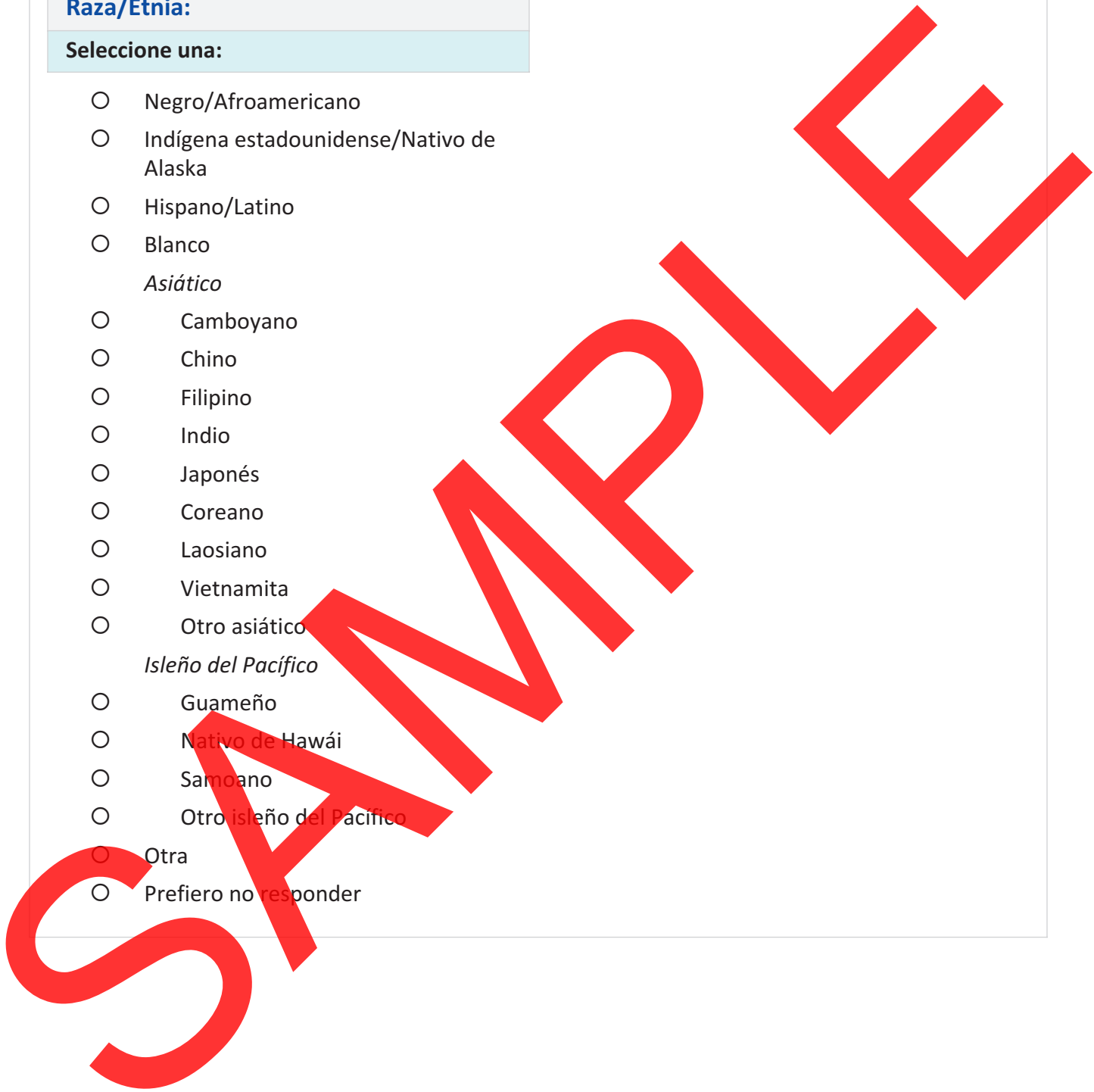
Por favor

Proporcione su raza/etnia y otra información demográfica. (Continuación)

Raza/Etnia:

Seleccione una:

- Negro/Afroamericano
- Indígena estadounidense/Nativo de Alaska
- Hispano/Latino
- Blanco
- Asiático*
- Camboyano
- Chino
- Filipino
- Indio
- Japonés
- Coreano
- Laosiano
- Vietnamita
- Otro asiático
- Isléño del Pacífico*
- Guameño
- Nativo de Hawái
- Samoano
- Otro isleño del Pacífico
- Otra
- Prefiero no responder



Directrices de elegibilidad para el programa California LifeLine

Directrices generales

1. Se permite solo **un** beneficio de California LifeLine por hogar, excepto para los usuarios de TTY.
2. Los hogares deben elegir obtener el beneficio para el teléfono de la casa o para el celular, pero no ambos.
3. Los hogares no pueden obtener el beneficio de más de una compañía telefónica.
4. Para obtener el beneficio, usted debe firmar, proporcionar su fecha de nacimiento y los últimos 4 números de su Seguro Social o el número completo de identificación tribal.
5. Las personas que no sigan la regla de un beneficio por hogar perderán el beneficio y el gobierno de EE. UU. podría procesarlas.
6. Las personas pueden ser sancionadas por dar falsa información para obtener el beneficio. Las sanciones pueden incluir el encarcelamiento, la pérdida del beneficio, multas financieras y la expulsión del programa California LifeLine.
7. No se puede reclamar a los solicitantes como dependientes en la declaración de impuestos de otra persona.
8. El solicitante que firma el formulario debe ser la misma persona cuyo nombre aparece en el campo "Dirección del hogar" del paso 1.
9. El descuento por el cargo de la conexión del servicio solo puede aplicarse a la residencia principal.
10. Usted no puede transferir el beneficio de LifeLine a otra persona. La persona debe presentar su solicitud para el programa.

Directrices para personas con base en los ingresos

Si usted reúne los requisitos con base en los ingresos, el ingreso bruto total (anual) de su hogar (antes de impuestos) debe ser igual o menor a los límites de ingreso anual de California LifeLine establecidos para el tamaño de su hogar.

Un **hogar** incluye a los adultos y a los niños que viven juntos en la misma dirección como una unidad económica.

Una unidad económica está formada por todos los adultos (personas de 18 años como mínimo) que contribuyen y comparten los ingresos y los gastos de un hogar. Todos los tamaños de hogar son aceptables.

Nota

- **No** envíe dinero en efectivo, cheques o estas directrices.
- Después de haber sido aprobado, si usted considera que ya no es elegible para el beneficio o si su hogar recibe más de un beneficio por error, deberá informarnos o decirle a su compañía telefónica en un plazo de **30 días**.
- Para permanecer en el programa debe **renovar** todos los años.
- La participación en California LifeLine dura solo un año.
- Envíe por correo copias de un certificado médico, prueba de ingresos y prueba de la participación en el programa. **No** envíe documentos originales. No se los podemos devolver.

Calculadora de ingresos

Ingreso bruto semanal	x 52 =	Ingreso anual
Ingreso bruto cada dos semanas	x 26 =	Ingreso anual
Ingreso bruto mensual	x 12 =	Ingreso anual



Si su hogar tiene más de 10 miembros, agregue de \$8,200 a \$95,100 por cada miembro adicional para averiguar el límite de ingreso anual correspondiente de California LifeLine.

Consulte la “Tabla de ingresos” para averiguar si su hogar reúne los requisitos.

Se denomina ingreso bruto al dinero que reciben **todas las personas de su hogar** (adultos y niños) **antes de impuestos**, ya sea que el dinero esté sujeto a impuestos o no, y se incluye, entre otras cosas: salarios, sueldos, intereses, dividendos, manutención conyugal e infantil, becas, regalos, asignaciones, estipendios, ganancias de lotería, herencias, compensación del trabajador, beneficio por desempleo y de asistencia pública, pagos del Seguro Social, pensiones, ingresos de alquiler, ingresos de trabajo por cuenta propia, pagos en efectivo de otras fuentes, y todos los ingresos relacionados con el empleo que no sean en efectivo.

Envíe por correo copias de pruebas que demuestren que el ingreso bruto anual total de su hogar cumple con los límites de ingresos anuales junto a su solicitud completada y firmada.

Tabla de ingresos	
Tamaño del hogar	Límites de ingresos anuales de California LifeLine
1 miembro	\$23,400
2 miembros	\$31,700
3 miembros	\$40,000
4 miembros	\$48,400
5 miembros	\$56,800
6 miembros	\$65,200
7 miembros	\$73,600
8 miembros	\$82,000
9 miembros	\$90,400
10 miembros	\$98,800
Las directrices de ingresos son válidas del 1 de junio de 2024 al 31 de mayo de 2025	

Tipos de pruebas

Tipos de pruebas para los solicitantes con base en los programas (solo envíe copias)

- Tarjeta o número de identificación de un programa de asistencia elegible
- Declaración de beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y/o de un programa de asistencia elegible
- Aviso de elegibilidad o carta de decisión de la participación en un programa de asistencia elegible
- Otros documentos oficiales

Tipos de pruebas para los solicitantes con base en los ingresos (solo envíe copias)

- Solo la portada de la declaración de impuestos del año anterior del estado (540, 540A, 540 2EZ, 540NR o 540X), federal (1040, 1040A, 1040EZ, 1040NR, 1040NR-EZ, 1040SS o 1040X) o tribal
- Declaración de ingresos o talones de cheque de pago de 3 meses consecutivos de los últimos 12 meses
- Declaración de beneficios del Seguro Social, Administración de Veteranos, jubilación/pensión, compensación por desempleo, compensación del trabajador y/o un programa de asistencia elegible
- Pensión alimenticia del cónyuge y/o manutención infantil y/u otros documentos oficiales

Segundo beneficio de California LifeLine

Se avisó a California LifeLine que usted desea solicitar una segunda línea telefónica a través de California LifeLine. La persona que usa un teletipo para personas con problemas auditivos (TTY) debe





tener acceso inmediato y continuo al mismo.

Si el Programa de Telecomunicaciones para Personas Sordas y Discapacitadas no dio un TTY, envíe una copia del certificado médico que muestre que la persona necesita un TTY.

Para obtener un segundo beneficio de California LifeLine, su hogar aún debe ser elegible para el beneficio con base en los programas o los ingresos.

Enhanced LifeLine y Link-Up

Se avisó a California LifeLine que usted desea presentar una solicitud para los programas Enhanced LifeLine o Link-Up para los consumidores que viven en tierras tribales reconocidas por el gobierno federal.

Para obtener este beneficio, su hogar aún debe ser elegible para el beneficio con base en los programas o los ingresos. No todas las compañías telefónicas ofrecen Enhanced LifeLine y Link-Up.

SAMPLE





SAMPLE

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

