



Gracias por elegir a Sage Telecom como su proveedor de servicio telefónico local.

Usted ha indicado que califica para el servicio de Lifeline. Usted encontrará las instrucciones y los documentos necesarios para demostrar en que manera califica para este servicio.

Favor de llenar el formato correspondiente, y completarlo correctamente.

1. Indique como califica para servicios de Lifeline/LinkUp llenando el formato **Pedido De Certificacion Para LinkUp/Lifeline.**

- Asegurese que la apropiada agencia (DHS, DRS, OTC, PHA) firme y selle el formato.
- Envíe a Sage Telecom, por correo o fax, el formato y los documentos que verifican su elegibilidad en los programas indicados en el formato.

2. Indique como califica para servicios renovadas de Lifeline/LinkUp viviendo en territorio indigena llenando el formato **Lifeline/LinkUp On Tribal Lands Program.**

- Llene el formato, bajo pena de perjurio, que usted es residente en territorio indigena, como lo define en la ley federal, Codigo 47, Seccion 54.400, Parrafo (e) y que usted recibe beneficios de uno de los programas indicados.
- Envíe el formato a Sage Telecom, por correo o fax.

Al recibir el formato y sus documentos, procesaremos su pedido con una fecha de vencimiento de tres (3) días después de haber recibirlos.

Si no recibimos el formato correcto y documentos correspondientes 60 días después del registro de su pedido, su pedido será cancelado.

Si tiene cualquier pregunta o duda, favor de marcar nuestra línea de servicio al cliente al: 1-888-283-1288.

Por favor envíe el formato lleno por correo a:

Sage Telecom, Inc.
Attn: Billing Department
3300 E. Renner Road, Suite 350
Richardson, TX 75082-2800

O, puede enviarlo por fax a: (214) 495-4899 Attn: Billing Department

SAGE TELECOM
LIFELINE / LINK UP ON TRIBAL LANDS PROGRAM



EL PROGRAMA DE LIFELINE/LINK UP EN TERRITORIO INDIGINAS (TRIBAL LANDS)
FORMATO DE AUTORIZACIÓN Y AUTO-CERTIFICACIÓN

Para inscribirse en uno de nuestros programas renovadas de "Lifeline" y/o "Link Up," usted deberá completar y firmar este formato de certificación, el cual esta aprobado por al Comisión Federal de Comunicación de los EEUU; (Federal Communications Commission). Esta autorización es exclusivamente para el fin de verificar su participación en estos programas. No será usado para cualquier otro fin.

LOS BENEFICIOS QUE USTED RECIBE EN EL SERVICIO DE LIFELINE TERMINARÁN EN LA FECHA _____, SI USTED NO COMPLETA OTRO FORMATO DE AUTORIZACIÓN Y AUTO-CERTIFICACIÓN DENTRO DE SESENTA DÍAS A PARTIR DE _____, Y LO ENVIA A SAGE TELECOM.

1. Yo certifico que participo en por lo menos uno de los programas siguientes: **(SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE APLICAN):**
 Food Stamps
 Aid to Families with Dependent Children (AFDC) (Asistencia para niños dependientes economicamente)
 Supplemental Security Income (SSI)
 Medical Assistance (Medicaid) (Asistencia médica)
 Vocational Rehabilitation (Rehabilitación vocacional, incluyendo asistencia para gente con problemas auditivos)
 Oklahoma Sales Tax Relief (Apoyo en pago de impuestos de ventas en el estado de Oklahoma)
 Federal Public Housing (Vivienda pública federal)
 Low Income Energy Assistance Program (El programa de asistencia de electricidad para las personas con bajos ingresos)
 Bureau of Indian Affairs General Assistance; (Asistencia general del buró de asuntos indígenas)
 Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Tribally-administered block grant programs. (Asistencia temporal para familias necesitadas—programas de becas administradas por el tribu indígena).
 Head Start Programs (solamente los solicitantes o clientes que cumplen con el requisito de ingresos) o:
 National School Lunch Program (Programa nacional de comidas en las escuelas, solamente los solicitantes o clientes que cumplen con los estándares del programa para las comidas gratis).
2. Además, certifico que la dirección en la que se presta el servicio telefónico local, corresponde a mi residencia y mi domicilio principal, siendo esta mi dirección: _____ Adicionalmente, hasta donde conozco, la dirección mencionada esta ubicada en lo que era previamente un territorio/una reserva indígena, como lo define en la ley federal (Federal Regulación), Código 47, sección 54.400, párrafo (e).
3. Si en el futuro no participo en por lo menos uno de los programas mencionadas anteriormente en asunto numero uno (1), o si las condiciones cambien en asunto dos (2) mencionadas arriba, notificaré oportunamente a Sage Telecom.
4. También certifico que: ("SI" o "NO" a cada uno de lo siguiente)
 a. El servicio (para cual pido la asistencia de los programas de Lifeline Renovado y/o LinkUp Renovado) esta registrado en mi nombre.
 b. No estoy nombrado/a como dependiente economicamente en la declaración de impuestos de cualquier persona. (Al certificar que "NO", esta indicando que es un dependiente en la declaración de cualquier persona. Al certificar que "SI", esta indicando que usted no es un dependiente en la declaración de impuestos de cualquier persona.)
 c. La dirección del domicilio que corresponde con el servicio, mencionado anteriormente, es mi domicilio principal; no es una segunda residencia ni negocio.
**Al reponder "NO" a alguna de las afirmaciones anteriores, indica que no califica para el programa de Lifeline / Link Up enterritorio indiginas.*
5. Yo autorizo a Sage Telecom o su representante oficial, acceso a cualquier archivo necesario para verificar estos datos con el fin de confirmar mi participación actual y continúa en el programa anteriormente mencionado. Doy mi autorización para que representantes de estas agencias hablan acerca de, o proporcionan copias de, la información requerida a Sage Telecom, para verificar mi participación en el programa correspondiente, y mi calificación para gozar los beneficios de Lifeline renovado o Link Up renovado.
6. Yo aseguro, bajo pena de perjurio, que los datos mencionados son correctos y verdaderos.

Nombre del solicitante _____

Domicilio de facturación (en caso de ser diferente a la dirección mencionada en párrafo numero 2 anteriormente): _____

No. telefónico de la casa () _____ No. telefónico de la oficina* () _____
(El numero telefonico donde usted se encuentra entre semana de 8 am a 5 pm)

Firma del beneficiario de esta asistencia

Fecha

For Sage Telecom, Inc.'s use only!	
Date Self-Certification Received _____ <small>(Date)</small>	Service Order Provisioned By _____ <small>(Initials)</small>
	Date _____

SAGE TELECOM
PEDIDO DE CERTIFICACION PARA LINK UP / LIFELINE



INSTRUCCIONES

- Por favor llenar la forma por maquina o escriba claramente.
- La información del cliente debe ser llenada completamente
- Lleve o envíe esta forma por correo a la agencia (nombrado abajo) que corresponde, para certificación.
- Lleve o envíe esta forma a su compañía de teléfono local para certificación OTC.
- **Es requerida la certificación de una (1) de las agencias estatales mencionadas abajo.**
- Si requiere asistencia para llenar esta forma, por favor contacte a su compañía de teléfono local.
- Regrese esta forma a la compañía de teléfono dentro de los próximos 60 días.

INFORMACION DEL CLIENTE

Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Para razones de impuestos federales de los EEUU, no soy un dependiente económico.

Esta información cumplirá con los 2 requisitos para el servicio de Link Up America / Lifeline. Puedo ser contactado dejándome un mensaje en el teléfono _____.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE OKLAHOMA

Solicito que el departamento de servicios humanos certifique que actualmente estoy recibiendo beneficios de uno o más de los siguientes programas:

- Food Stamps
- Aid to Families with Dependent Children (Asistencia para niños dependientes económicamente)
- Medical Services (Title XIX - Medicaid) - *Sooner Care* (Asistencia Medica)
- State Supplemental Payments for the Aged, Blind or Disabled (Asistencia suplementario para personas de tercer edad, invidentes, o con discapacidad).
- Low Income Energy Assistance (Asistencia de luz o gas en el hogar para consumidores de escasos recursos).
- National School Lunch Program (Assistencia de comida gratis para ninos en escuela.)

DEPARTAMENTO DEL ESTADO DE OKLAHOMA DE SERVICIOS PARA LA REHABILITACION

Solicito que el departamento estatal de Oklahoma de servicios para la rehabilitación, certifique que actualmente estoy recibiendo beneficios a través de rehabilitación vocacional asistencia completa, incluyendo ayuda para personas con problemas auditivos).

COMISION DE IMPUESTOS DE OKLAHOMA

Solicito que la comisión de impuestos de Oklahoma certifique que he calificado para y he recibido asistencia bajo la ley de Asistencia de Impuestos de Ventas.

AUTORIDAD (O AGENCIA) DE VIVIENDA PUBLICA

Solicito que la agencia de vivienda publica certifique que he calificado para y he recibido apoyo de la Asistencia Federal de Vivienda Publica o Sección 8.

CERTIFICATION/ CERTIFICACIÓN

Firma del Solicitante _____ Echa _____.

I certify that the above-named person receives benefits from one or more of the above-mentioned programs.
(Certifico que la persona nombrada anteriormente recibe beneficios de una o más de los programas mencionados anteriormente.)

Agency Representative Signature _____
(DHS DRS OTC PHA) Circle one

Agency Stamp

For Sage Telecom Use Only

Date Certification Rec'd: _____ Service Order Provisioned By: _____ Date: _____