



**KANSAS LIFELINE - LINK UP AMERICA  
INFORMACION DEL CLIENTE Y CERTIFICACION**

Instrucciones: Por favor llene la forma correctamente y en completo. Si Sage Telecom no recibe la forma y la documentación necesaria dentro de 30 días de su solicitud: 1) su orden de Link-Up será cancelada; 2) el plan de su de servicio local volverá a la tasa efectiva en ese momento; y 3) sus descuentos de LifeLine serán descontinuados. **Por favor complete ya sea Sección 1 o 2** de esta forma marcando **solo una casilla** ya sea en Sección 1 o Sección 2. Sección 3 es optativo y solamente corresponde a solicitantes viviendo en tierras tribales. Cada solicitante debe completar Sección 4, y **todos los requisitos se deben cumplir para ser elegible** para servicios de LifeLine o Link-Up. Si tiene cualquier pregunta, por favor llame al departamento de Servicio al Cliente en 1-888-283-1288.

**Programas de Descuento al Servicio de LifeLine / Link Up America (LUA)**

1. **Programa de Servicios Sociales.**

Certifico que soy un participante actual en, por lo menos, uno de los siguientes programas de servicios sociales y proporcionara la documentación necesaria. *(Por favor marque la casilla apropiada.)*

<b>Programas de Servicios Sociales</b>	<b>Documentación que se Requiere</b>
<input type="checkbox"/> Asistencia Alimentaria (Cupones de Comida)	Una copia de la carta de aprobación más reciente del Departamento de Servicios Sociales y de Rehabilitación de Kansas.
<input type="checkbox"/> Energía de Bajos Ingresos (Asistencia de LIEAP)	
<input type="checkbox"/> Asistencia General	
<input type="checkbox"/> Sección 8 Asistencia de Vivienda	
<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal de Familias (TAF)	
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	Una copia de la carta de elegibilidad para beneficios de SSI. (NO la carta de Declaración de Seguro Social)
<input type="checkbox"/> Asistencia Médica (Medicaid)	Una copia de se tarjeta de Medicaid (NO Medicare)
<input type="checkbox"/> Programa Nacional de Nutrición de las Escuelas	Una copia de la carta de aprobación para comidas gratis de la escuela.
<input type="checkbox"/> Distribución de Alimentos	Una copia de su tarjeta de Distribución de Alimentos

2. **Requisitos Para Elegibilidad Por Medio de Bajos Ingresos.**

Certifico que el número de personas que viven en el hogar (por dirección de residencia) es \_\_\_\_\_. Certifico que mis ingresos son iguales o están debajo del nivel federal de pobreza, como se indica a continuación:

<b>150% de la Pobreza de Orientación General De Ingresos Máximos</b>	
<b>Numero de Personas en Hogar</b>	<b>Máximo Ingresos Anuales*</b>
1	\$16,335
2	\$22,065
3	\$27,795
4	\$33,525
5	\$39,255
6	\$44,985
7	\$50,715
8	\$56,445

*\* Nota: Agregué \$5,730 por cada persona adicional.*

Estoy proveyendo, según proceda, la documentación de la casilla marcada a continuación:

- Una copia de la declaración de impuestos estatal o federal
- Una copia de la declaración de beneficios de la Administración de Seguro Social (SSA 1099)
- Una copia de la declaración de prestaciones de jubilación
- Copias de los talones de sus cheques de pago que cubren tres (3) meses consecutivos
- Una copia de la declaración de beneficios de la Administración de Veteranos
- Una Copia de declaración de beneficios de desempleo o indemnización de los trabajadores

3. **Requisitos de Elegibilidad en Tierras Tribales.**

Certifico que participo en, por lo menos, uno de los programas de tierras tribales y proporcionara la documentación necesaria.

- Asistencia General del Buró de Asuntos de Indios
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas Administradas Tribales
- Programa de Head Start (solo los que califican de bajos ingresos)

Certifico que vivo en la siguiente tierra tribal de Kansas reconocida a nivel federal. *(Por favor indique a continuación la tierra tribal o de reserva en la que reside.)*

\_\_\_\_\_  
Nombre de tierra tribal / reserva

4. **Certifico que la siguiente información es correcta.** *(Los cuatro (4) requisitos deben cumplirse para calificar.)*

- El servicio de teléfono esta en mi nombre.
- No soy un dependiente en la declaración de impuestos de otra persona, a menos que tenga 60 años de edad.
- Mi dirección es la dirección principal, y no una dirección secundaria o dirección de empresa.
- Solo recibo **un** descuento de LifeLine en el lugar principal de residencia.

Autorizo a Sage Telecom o sus representantes que acceden cualquier archivo para verificar mi participación continuada el los programas mencionados. Autorizo representantes de hablar con y/o proporcionar copias a Sage Telecom, si así lo solicita la compañía, para verificar mi participación en el programa anterior.

Entiendo que es mi obligación, **bajo penalidad de perjurio**, de notificar a Sage Telecom, Inc., de cuando ya no participe en uno de los programas y también cuando ya no soy elegible para el programa de LifeLine / LinkUp. Certifico, **bajo penalidad de perjurio**, que la información proporcionada en esta forma es correcta.

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_ Número de Cuenta de Sage: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Solicitante: \_\_\_\_\_ Numero de Contacto *(Si diferente)*: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de Firma: \_\_\_\_\_

Por favor envíe la forma completa, con su documentación, como se indica a continuación:

**Número de Fax:** (866) 842-6462  
Attn: Billing Department

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

**For Sage Telecom, Inc.'s use only!**

Approved / Denied \_\_\_\_\_ Date LifeLine / LinkUp Processed \_\_\_\_\_

Type of Verification \_\_\_\_\_