

VISION LIFELINE INITIAL ENROLLMENT FORM

Lifeline is a federal benefit that makes monthly telephone service more affordable for eligible households. Your household may receive Lifeline on **one wireless, one home telephone, or one broadband internet, but not more than one of the three.** Your household may not receive the Lifeline benefit from more than one company. For the purpose of Lifeline, a household is an individual or any group of individuals who live together at the same address and share income or expenses. You may not transfer your Lifeline discount to another person, even if he or she is eligible. You may lose your Lifeline benefit and may be prosecuted by the United States government if you violate the one-per-household rule or otherwise make false statements to receive Lifeline.

Please complete the form below. You must give proof of eligibility with your application. Send the completed the form and proof of eligibility to: 913 South Burnside Ave., Gonzales, Louisiana, 70737 Fax (225) 647-7927 Email: kristy.boxberger@eatel.com

Applicant Name		Phone Number	
Email Address	Last 4 Digits of SSN	Date of Birth	
Home Address			
	Street	Apt.	City
	State		Zip Code
Billing Address	Is your home address permanent? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
<i>(If applicable)</i>	Street	Apt.	City
	State		Zip Code
Person Eligible for Lifeline if Different than Applicant		Relationship to Applicant	
Date of Birth of Eligible Person if Different than Applicant	Last 4 Digits of SSN Person Eligible for Lifeline if Different than Applicant		

Initial here I give EATEL permission to release to the Universal Service Administrative Company (USAC) or its agent any records required to confirm that my household only receives one Lifeline benefit. If USAC finds that my household receives more than one Lifeline benefit, USAC will notify the telephone companies, and I will have to select one service and I will be de-enrolled from the other.

Check the appropriate statement

I certify that I, my dependent, or someone else in my household receives assistance from at least one of the programs listed below and that I have provided proof of eligibility with my application. *(Please check all that apply)*

- Federal Public Housing Assistance/Section 8 Medicaid Veteran’s Pension or Survivor’s Pension Supplemental Security Income (SSI) Supplemental Nutrition Assistance Program (Food Stamps)

OR

I certify that my household income is at or below 135% of the Federal Poverty Guidelines

Household Size	Total Income	Household Size	Total Income
1	\$16,281	3	\$27,567
2	\$21,924	4	\$33,210
Add \$ 5,643 for each additional person			

Number of people in your household

Initial each box **I certify, under penalty of perjury, that:**

<input type="checkbox"/>	My household receives only one Lifeline-supported service, and to the best of my knowledge, no one in my household receives Lifeline from another telephone company.
<input type="checkbox"/>	I understand that I must notify EATEL within 30 days: (1)if I move to a new address; (2) if I, or the eligible person in my household, stops participating in the qualifying program checked above, or if my household income exceeds 135% of the federal poverty guidelines; (3) if my household receives more than one Lifeline discounted telephone; or 4) if my household, for any reason, no longer meets the criteria to receive Lifeline support. I understand that I may be penalized for failing to make the above notifications.
<input type="checkbox"/>	I understand that I must recertify my Lifeline eligibility every year and that I will lose my Lifeline benefit if I do not recertify each year.

By signing below, I certify under penalty of perjury, that the above information is true to the best of my knowledge. I understand that Lifeline is a government program and I may be punished if I knowingly provide false or untrue information to receive Lifeline. Punishment may include being fined, imprisoned, or barred from the Lifeline program.

Signature Date

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN INICIAL DE EATEL LIFELINE

Lifeline es un beneficio federal que hace servicio telefónico mensual más accesible para los hogares elegibles. Su hogar puede recibir Lifeline en **una radio OR un teléfono en casa, pero no ambos**. Su hogar no puede recibir el beneficio de la cuerda de salvamento de más de una compañía telefónica. Con el propósito de salvavidas, un hogar es un individuo o un grupo de individuos que viven juntos en la misma dirección y compartir ingresos o gastos. Usted no puede transferir su descuento de Lifeline a otra persona, incluso si él o ella es elegible. Usted puede perder su beneficio Lifeline y puede ser procesado por el gobierno de Estados Unidos si violan la regla uno-por-casa o de lo contrario declaraciones falsas para recibir Lifeline.

Por favor complete el siguiente formulario. Debe dar prueba de elegibilidad con su aplicación. Enviar el terminar la forma y la prueba de elegibilidad: 913 South Burnside Ave, Gonzales, Louisiana, 70737 Fax 225-647-7927 Email: kristy.boxberger@eatel.com

Nombre del solicitante		Número de teléfono												
Dirección de correo electrónico	Los últimos 4 dígitos de SSN	Fecha de nacimiento												
Dirección de casa														
	Calle	Apt.	Ciudad											
	Estado		Código postal											
Dirección de facturación	Es su domicilio permanente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO													
<i>(Si corresponde)</i>	Calle	Apt.	Ciudad											
	Estado		Código postal											
Persona elegible para Lifeline si es diferente que el solicitante			Relación con el solicitante											
Fecha de nacimiento de la persona elegible si es diferente que el solicitante	Últimos 4 dígitos de SSN persona elegible para Lifeline si es diferente que el solicitante													
<p><i>Firme aquí</i></p> <p>Yodar permiso de EATEL para liberar a la empresa administrativa Servicio Universal (USAC) o a su agente los registros necesarios para confirmar que mi hogar sólo recibe un beneficio de Lifeline. Si la USAC se entera de que mi hogar recibe más de un beneficio de Lifeline, USAC notificará a las compañías telefónicas y voy a tener que seleccionar un servicio y voy a ser de-enrolled de la otra.</p>														
<p>Compruebe la declaración apropiada</p> <p><input type="checkbox"/> yo certifico que yo, mis dependientes o alguien más en mi hogar recibe ayuda de por lo menos uno de los programas enumerados a continuación y que me han proporcionado la prueba de elegibilidad con mi aplicación. (, Por favor Compruebe todo lo que aplique)</p> <p>(E4) vivienda publica Federal asistencia de sección 8 <input type="checkbox"/> Asistencia de energía (E5) hogares de bajos ingresos (LIHEAP) <input type="checkbox"/> Medicaid (E1) Programa de almuerzo gratis almuerzo escolar nacional (E7) <input type="checkbox"/> (E3) seguridad de ingreso suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Programa de asistencia de nutrición suplementaria (E2) (estampillas de comida) <input type="checkbox"/> (E6) asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)</p>														
<input type="checkbox"/> Yo certifico que mi ingreso es en o por debajo del 135% de la guía Federal de pobreza		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Tamaño del hogar</th> <th>Ingresos totales</th> <th>Tamaño del hogar</th> <th>Ingresos totales</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">\$16,281</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">\$27,567</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">\$21,924</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">\$33,210</td> </tr> </tbody> </table>	Tamaño del hogar	Ingresos totales	Tamaño del hogar	Ingresos totales	1	\$16,281	3	\$27,567	2	\$21,924	4	\$33,210
Tamaño del hogar	Ingresos totales	Tamaño del hogar	Ingresos totales											
1	\$16,281	3	\$27,567											
2	\$21,924	4	\$33,210											
Número de personas en su hogar <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>		Agregar \$5,643 por cada persona adicional												
<i>Inicial de cada caja</i>	<p>Certifico, bajo pena de perjurio, que:</p> <p>Mi hogar recibe solamente un servicio Lifeline-apoyado, y a lo mejor de mi conocimiento, no hay nadie en mi familia recibe Lifeline de otra compañía telefónica.</p> <p>Entiendo que debo notificar a EATEL dentro de 30 días de: (1) si me mude a una nueva dirección; (2) si yo o la persona elegible en mi hogar, deja de participar en el programa de calificación comprobado anteriormente, o si mi ingreso es superior a 135% de las pautas federales de pobreza; (3) si mi hogar recibe más de un comodín descuentan teléfono; o 4) si mi hogar, por algún motivo, no cumple los criterios para recibir la asistencia de Lifeline. Entiendo que puedo castigar por no hacer las notificaciones anteriores.</p> <p>Entiendo que debo renovar mi elegibilidad Lifeline cada año y que perderé mi beneficio Lifeline si yo no recertificarse cada año.</p>													
<p>Al firmar abajo, yo certifico bajo pena de perjurio, que la información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que Lifeline es un programa de gobierno y puede ser castigado si a sabiendas proveo información falsa o falso para recibir Lifeline. Castigo puede incluir ser multado, encarcelado o impidió el programa Lifeline.</p>														

Firma

Fecha