

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE AYUDA TELEFONICA DE NEBRASKA (NTAP)

(Si usted vive en territorio Tribal, **NO** use esta solicitud. Llame a su compañía telefónica local para un descuento de territorio Tribal).

APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE/ Inicial	NUMERO DE SEGUROSOCIAL
DOMICILIO (TIENE que ser calle y número/ NO un P.O. Box)		CIUDAD	ESTADO
		ESTADO	CODIGO POSTAL

DOMICILIO POSTAL (SOLO si es diferente al de arriba)	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
--	--------	--------	---------------

1. Seleccione TODO lo que aplique:

A. _____ Tengo servicio telefónico. Mi número de teléfono es:
 (_____) _____
 Nombre de la compañía. de teléfonos : _____
 Nombre en el recibo/ cuenta: _____

B. _____ Yo me cambié o comence el servicio en los últimos 60 días
 Fecha en que comenzó el servicio nuevo: _____

C. _____ **ACTUALMENTE NO TENGO** servicio telefónico **O**
 ha sido desconectado

2. Seleccione TODOS los programas que aplican:

_____ Medicaid (NO MEDICARE)
 _____ Estampillas de comida
 _____ Seguro Suplementario de Ingresos (SSI)
 _____ Ayuda para la Vivienda Federal Pública
 _____ Ayuda de Energía por bajos ingresos

_____ Kids Connection, SAM, MAC, EMAC

Nombre del Niño: _____

3. POR FAVOR PROPORCIONE PRUEBA DE PARTICIPACIÓN EN UNO DE LOS PROGRAMAS DE ARRIBA:

A. Para Kids Connection, SAM, MAC, o EMAC:
 Usted **TIENE** que tener una firma del trabajador social en esta forma en la parte de abajo para verificar que su niño/a participa actualmente en uno de los programas.

B. Para todos los demás programas, haga UNO de lo siguiente:

1. Envíe una copia cualquiera de lo siguiente:
 - * Su hoja actual de Medicaid de 8 ½ X 11, carta de aprobación de Estampillas de Comida O su carta para Ayuda de Energía d De bajos ingresos.
 - * Su carta actualizada de recipiente para Seguro Suplementario de Ingresos (SSI) de la Administración del Seguro Social
2. Pedir a su trabajador social de HHS que firme esta forma abajo para verificar que usted está inscrito en un programa que califique.
3. Pedir a la Housing Authority local que firme esta forma abajo para verificar que usted recibe Ayuda para la Vivienda Federal Pública.

4. Yo entiendo que el llenar esta solicitud no constituye una aceptación inmediata dentro de este programa. Yo acepto notificar a la Comisión de Servicios Públicos de Nebraska o a mi compañía telefónica local cuando no participe en al menos uno de los programas que califican de arriba. Yo estoy de acuerdo en llenar una nueva solicitud pidiendo ayuda antes de cambiarme. Yo certifico bajo pena de perjurio que la información de arriba es verdadera. Yo he leído la información en esta solicitud y entiendo que debo tener la calificación de arriba para recibir la ayuda de estos programas.

 Firma del Solicitante o Apoderado POA *Una copia de una carta poder de un abogado tiene que ser incluida con la solicitud Fecha

-----PARA EL USO AUTORIZADO DE LA AGENCIA SOLAMENTE -----

LAS AGENCIAS por este medio "certifican" que su oficina participa directamente con la administración del programa(s) o tiene acceso a los archivos de la oficina que administra este programa(s), y el solicitante está actualmente en este programa(s). Si la inscripción al programa(s) Kids Connection, SAM, MAC, o EMAC es usado para determinar la elegibilidad, las AGENCIAS por este documento "certifican" que los ingresos del solicitante fueron usados para dicha determinación.

 Firma autorizada (HHS Trabajador Social o personal de la Housing Authority SOLAMENTE) Puesto

 Nombre Impreso Fecha (_____)
Número de Teléfono

 Domicilio de la Agencia Ciudad Estado Código Postal

Regrese la Solicitud Completa a: **NTAP** ¿Tiene Preguntas? Llame al 1-800-526-0017
PO Box 94927 O en Lincoln 471-3101
Lincoln, NE 68509-4927 See the reverse side for the English translation.