

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE AYUDA TELEFÓNICA DE NEBRASKA (NTAP)

(SI USTED VIVE EN territorio Tribal, **NO** utilice esta solicitud. Llame a su compañía telefónica local para un descuento de territorio Tribal).

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE(NOMBRE/Inicial)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
DOMICILIO (DEBE ser calle y número/ NO un P.O. Box)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DOMICILIO POSTAL (SOLO si es diferente al de arriba)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

Fecha de nacimiento: (Mes/Día/Año) _____

1. Seleccione TODO lo que aplique:

A. _____ Tengo servicio telefónico. Mi número telefónico es:

(_____) _____

Nombre de la compañía del teléfono: _____

Nombre en el recibo o cuenta: _____

La factura del teléfono debe estar a/o contener el nombre del solicitante aquí arriba.

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 en los que está:

_____ Medicaid (MEDICARE)

_____ Estampillas de comida

_____ Ayuda para la luz de la casa (bajos ingresos)

_____ Ayuda para la vivienda federal pública

_____ Seguro suplementario de ingresos (SSI)

_____ Kids Connection, SAM, MAC, EMAC

Algunas compañías telefónicas NO son elegibles para participar en este programa. Si usted no tiene la seguridad de la participación de su compañía telefonica por favor llame al Departamento de NTAP al 1-800-526-0017 o en Lincoln al: 471-3101

3. POR FAVOR PROPORCIONE PRUEBA DE PARTICIPACIÓN EN UNO DE LOS PROGRAMAS QUE USTED SELECCIONÓ ARRIBA: Haga UNO de lo siguiente:

- Si usted seleccionó Medicaid, estampillas de comida o Kids Connection, nosotros verificaremos su participación. No envíe documentación.
- Envíe una copia de su estado de cuenta de Asistencia eléctrica para personas de bajos recursos.
- Envíe una copia de su carta actual de aceptación recibida para el Seguro Suplementario de Ingresos (SSI) por parte de la Administración del Seguro Social.
- Envíe una copia del documento de su arrendamiento anexo o contacte al personal de viviendas para la documentación de aceptación de asistencia de vivienda

4. Yo entiendo que el llenar esta solicitud no constituye una aceptación inmediata a 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 solicitud nueva pidiendo ayuda cuando me cambie de proveedor de mi servicio, número telefónico o antes de mudarme. Marque **UNA de las siguientes declaraciones:**

- Certifico que ni yo, ni nadie más en mi hogar recibe en estos momentos ayuda del NTAP para el servicio telefónico inalámbrico o tradicional.
- Certifico que estoy cambiando o he cambiado proveedores telefónicos y que en el evento de que esta solicitud se apruebe, no resultará en más de una cuenta telefónica apoyada por el NTAP en mi hogar.
- SOLAMENTE PARA LOS CLIENTES PARA LA RECERTIFICACIÓN DE NTAP.** Certifico que soy el único en mi hogar quien recibe actualmente asistencia de NTAP para servicio telefónico tradicional o inalámbrico.

5. Confirmación de ciudadanía Estadounidense: Con el propósito de cumplimiento con la ley revisada del estado de Nebraska Art. 4-108 al 4-114, certifico lo siguiente:

Yo soy ciudadano de los Estados Unidos

O

Soy un extranjero que califica bajo la ley de nacionalidad e inmigración federal; mi estado migratorio y número de extranjero son los siguientes: _____

y estoy de acuerdo a proporcionar una copia de mi documentación USCIS cuando se me solicite.

Por medio de la presente certifico que mis respuestas y la información proporcionada en esta forma y cualquier otra solicitud en relación para los beneficios públicos son verídicas, están completas y exactas y entiendo que esta información podría utilizarse para verificar mi presencia legal en los Estados Unidos. También certifico, bajo pena de perjurio que la información en esta solicitud es verídica. He leído la información en esta solicitud y entiendo que debo cumplir con los requisitos arriba mencionados para recibir la asistencia de este programa.

Firma del solicitante o representante autorizado**

**** Si un representante autorizado está firmando la solicitud, se debe incluir una copia de la carta poder o de tutela***

FECHA

REGRESE LA SOLICITUD COMPLETA A: NTAP
P.O. Box 94927
Lincoln, NE 68509-4927

¿Tiene preguntas? Llame al 1-800-526-0017,
o en Lincoln, 471-3101
See the reverse side for English version