

# 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

**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.

Algunos proveedores telefónicos NO son elegibles para participar en este programa o si usted no tiene la seguridad de la participación de su compañía telefónica, 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 los siguientes**

Envíe una copia de ya sea:

- Medicaid, carta de aprobación de estampillas de comida, O un estado de cuenta de la luz de bajos ingresos.
- Su carta actual de aceptación recibida para el Seguro suplementario de ingresos (SSI) por parte de la Administración del seguro social.
- Su carta actual de aceptación recibida para la ayuda de vivienda federal pública.

**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.**

**Yo certifico, bajo pena de perjurio que la información aquí arriba es verdad. He leído la información en esta solicitud y entiendo que debo cumplir con los requisitos mencionados arriba para recibir la ayuda de este programa.**

**Solicitante o firma del POA** \_\_\_\_\_ \*Una copia de una carta poder debe ser incluida con la solicitud

**Fecha** \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*SOLAMENTE PARA EL USO AUTORIZADO DE LA AGENCIA\*\*\*\*\*

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 el/los programa(s); que el solicitante es legal en los Estados Unidos de acuerdo a la ley revisada de Nebraska, Artículo 4-108 al 4-114 y el solicitante está actualmente en estos programas. Si la inscripción al programa(s) Kids Connection, SAM, MAC, o EMAC es usado para determinar la elegibilidad, las AGENCIAS por medio de este documento "certifican" que los ingresos del solicitante fueron usados para dicha determinación.

Firma autorizada SOLAMENTE (HHS Trabajador Social, personal de la Housing Authority o un Representante del seguro social SSI) \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_

Nombre impreso	Fecha	( _____ )	Número telefónico
Domicilio de la agencia	Ciudad	Estado	Código postal

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