

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. 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:

- Carta de aprobación de Medicaid, estampillas de comida, Kids Connection, SAM, MAC, EMAC, 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 Vienda 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.
- Con el propósito de recertificación de destinatarios existentes de NTAP: Yo 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.

Yo por medio de la presente, certifico que mis respuestas en la información proporcionada en esta forma y en cualquier solicitud relacionada para los beneficios públicos son verdad, están completos y exactos y yo entiendo que esta información puede utilizarse para verificar mi presencia legal en los Estados Unidos. Yo adicionalmente 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.

IMPRIMA EL NOMBRE: _____

Primer nombre

segundo nombre

apellido

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

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

Nebraska Public Service Commission

COMMISSIONERS:

ANNE C. BOYLE
ROD JOHNSON
FRANK E. LANDIS
TIM SCHRAM
GERALD L. VAP



300 The Atrium, 1200 N Street, Lincoln, NE 68508
Post Office Box 94927, Lincoln, NE 68509-4927
Website: psc.nebraska.gov
Phone: (402) 471-3101
Fax: (402) 471-0254

NEBRASKA CONSUMER HOTLINE:
1-800-526-0017

EXECUTIVE DIRECTOR:

MICHAEL G. HYBL

Programa de Ayuda Telefónica de Nebraska (NTAP)

¡Solamente UN solicitante por familia puede llenar la solicitud!

(Si usted vive en terreno Tribal **NO** utilice esta solicitud. Llame a su compañía telefónica local para el descuento tribal.)

Si usted actualmente participa en los programas de Medicaid, Estampillas de comida, Ayuda con la luz por bajos ingresos (LIHEAP), Ayuda para la vivienda Federal Pública o Seguro Suplementario de Ingresos (SSI) o si su niño(s) participa(n) actualmente en Kids Connection, SAM, MAC, o EMAC, usted es elegible para el Programa de Ayuda Telefónica de Nebraska (NTAP). **Para los residentes de Nebraska elegibles**, el programa NTAP, administrado por la Comisión de Servicios Públicos de Nebraska, reduce el costo del servicio telefónico local de \$10.00 a \$13.50 por mes, dependiendo de las tarifas telefónicas de su compañía. NTAP también paga la mitad de los cargos de instalación hasta por \$30.00 (Por ejemplo: si el cargo de instalación es de \$34.00, NTAP paga \$17.00). **Para calificar para la ayuda con los cargos de instalación, usted NO debe tener servicio telefónico actualmente, o tiene que haberse mudado o haber comenzado con su servicio dentro de los últimos 60 días. El recibo del teléfono tiene que estar a/o tener el nombre de la persona que participa en el programa(s) mencionados arriba. Algunas compañías telefónicas, NO son elegibles para participar en este programa.** Si usted no está seguro si su compañía de teléfonos participa, por favor llame al número anotado abajo.

Este descuento aparecerá como un crédito en su recibo telefónico mensual dentro de 2 a 3 meses de registrado en el programa. **Este programa no paga recibos atrasados ni paga el depósito requerido.** Si usted está dispuesto a la restricción total de llamadas de cuota (por ejemplo: no puede hacer llamadas de larga distancia, incluyendo algunos números 800 o llamadas por cobrar), las compañías telefónicas no requerirán un depósito. Si usted tiene recibos de teléfono pendientes, tal vez se le requiera que pague lo atrasado en pagos mensuales, antes de que decidan no requerirle el depósito

PASO 1: COMPLETE LA SOLICITUD COMO SE ESPECIFICA A CONTINUACIÓN:

- **EN LA PRIMERA LÍNEA**, escriba su nombre completo y su número de seguro social.
- **EN LA SEGUNDA LÍNEA**, escriba su domicilio con la calle, ciudad, estado, y código postal.
- **EN LA TERCERA LÍNEA**, escriba su domicilio postal, ciudad, estado y código postal. **Solamente si su domicilio postal es diferente de su domicilio en la segunda línea.**
- **COMPLETE 1A:** si usted tiene servicio telefónico ACTUALMENTE. **Por favor asegúrese de incluir su número telefónico, el nombre de la compañía de teléfonos, y el nombre en el recibo o cuenta telefónica. La persona que hace la solicitud tiene que tener su nombre en esa cuenta o recibo.**
- **COMPLETE 1B:** si usted se ha mudado o comenzó su servicio dentro de los últimos 60 días. **Por favor asegúrese de incluir la fecha en que comenzó el servicio.**
- **COMPLETE 1C:** si usted **NO** tiene servicio telefónico o se le ha desconectado.
- **EN LA SECCIÓN 2:** indique TODOS los programas en los que está actualmente aprobado para recibir ayuda. **(Medicare, Seguro Social, Seguro Social por Discapacidad o cualquier otro programa no son programas que califican).**
- **UNA VEZ QUE TERMINE LA SECCIÓN 2** e indique en que programas participa usted, tenemos que recibir una prueba de que está registrado en uno de los programas que usted ha indicado. Por favor proporcione el comprobante de participación como lo indica la Sección 3 de la solicitud.
- **EN LA SECCIÓN 4:** Seleccione una de las declaraciones de certificación, que mejor se adapte con su solicitud.
- **EN LA SECCIÓN 5:** Seleccione la declaración que aplique a su presencia legal en los Estados Unidos.
- Anote su nombre.
- **USTED, o su representante autorizado, DEBE firmar y poner la fecha en la parte de abajo de la forma.** Si un representante autorizado está firmando la solicitud, se tiene que proporcionar una carta poder de un abogado o un documento de tutela/custodia, con la solicitud.

PASO 2: ENVIE POR CORREO LA SOLICITUD YA COMPLETA

- **UNA VEZ QUE COMPLETE LA SOLICITUD**, envíela por correo al domicilio anotado en la parte de abajo de la solicitud.

¿Tiene preguntas?

Llame al 1-800-526-0017 o, en Lincoln, 471-3101

See the reverse side for English