

# Servicio Telefónico de Minnesota

## Use esta aplicación para aplicar para Link-Up, Lifeline y TAP

(Por Favor use Letra Impresa)

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Dirección Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado MN Código Postal \_\_\_\_\_

**Marque la Caja** que describa mejor el lugar donde usted vive:  Vive en una reservación  **No vivo** en una reservación

Número Telefónico si tiene el servicio (DEBE estar a su nombre): ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_  
código de área + (número de 7 dígitos)

Número Telefónico donde puede ser llamado o recibir mensajes: ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_  
código de área + (número de 7 dígitos)

Compañía Telefónica \_\_\_\_\_ No. de personas que viven en su casa \_\_\_\_\_

### 1. Recibo beneficios de los siguientes programas: **Marque todos los que apliquen.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid / Medical Assistance                  | <input type="checkbox"/> Food Support (estampillas para alimentos)                 |
| <input type="checkbox"/> Federal Public Housing or Section 8 Assistance | <input type="checkbox"/> Minnesota Family Investment Program (MFIP)                |
| <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)             | <input type="checkbox"/> Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)        |
| <input type="checkbox"/> National School Free Lunch Program             | <input type="checkbox"/> Temporary Assistance for Needy Families                   |
| <input type="checkbox"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance    | <input type="checkbox"/> Tribally Administered Head Start                          |
| <input type="checkbox"/> Tribally Administered Temporary Assistance     | <input type="checkbox"/> (para quienes cumplan con los requisitos de calificación) |

### 2. Yo no recibo beneficios de ninguno de los programas enlistados arriba, PERO mi ingreso es o está por debajo del 135% del Índice Federal de Pobreza.

Por favor marque a continuación la caja que aplica para su hogar y adjunte la documentación de apoyo descrita más abajo:

Por Favor Marque la Caja	Tamaño del Hogar:	Ingreso del Hogar (igual o menor a:)	Por Favor Marque la Caja	Tamaño del Hogar:	Ingreso del Hogar (igual o menor a:)
<input type="checkbox"/>	1	\$14,621	<input type="checkbox"/>	6	\$39,866
<input type="checkbox"/>	2	\$19,670	<input type="checkbox"/>	7	\$44,915
<input type="checkbox"/>	3	\$24,719	<input type="checkbox"/>	8	\$49,964
<input type="checkbox"/>	4	\$29,768	<input type="checkbox"/>	No: _____	*\$
<input type="checkbox"/>	5	\$34,817	*Por cada persona adicional, agregue \$5,049		

### Por favor adjunte uno de los documentos siguientes si no marcó ninguna de las cajas en la sección #1.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Reembolso de Impuestos Estatal, Federal o Tribal del año anterior | <input type="checkbox"/> Declaración de ingreso anual actual emitida por el empleador |
| <input type="checkbox"/> 3 meses consecutivos de los comprobantes de pago más recientes    | <input type="checkbox"/> Declaración de Beneficios de Seguro Social                   |
| <input type="checkbox"/> Declaración de Beneficios de la Administración de Veteranos       | <input type="checkbox"/> Declaración de Beneficios de Retiro/Pensión                  |
| <input type="checkbox"/> Declaración de Desempleo/Compensación de Trabajadores             | <input type="checkbox"/> Sentencia de Divorcio  |
| <input type="checkbox"/> Documento de Manutención Infantil                                 | <input type="checkbox"/> Otro   |

**Estoy de acuerdo en notificar a la compañía telefónica cuando ya no participe en cualquiera de los programas de calificación anteriores o cuando mis ingresos aumenten por encima del 135% del Índice Federal de Pobreza. Certifico bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera. He leído la información en esta solicitud y entiendo que debo cumplir con uno de los criterios indicados más arriba para recibir descuentos en el servicio telefónico en mi línea de teléfono residencial.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante** **Número de Seguro Social** **Fecha**

Soy un "representante Autorizado" por este solicitante y estoy entregando este formulario en nombre de este cliente. Estoy dispuesto a ayudar a este aplicante a solicitar descuentos para el servicio telefónico.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del "Representante Autorizado" (en letra impresa)** **Número de Teléfono Durante el Día** **Fecha**

Envíe la Aplicación y los Documentos sobre Ingreso a  
 Qwest  
 P O Box 2738  
 Omaha, NE 68103-2738

