



APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA LIFELINE DE WASHINGTON

SECCIÓN 1

Esta oferta es para las familias con un miembro de Coordinated Care™. Usted debe tener 18 años o más para llenar esta aplicación. Use la información de el padre o tutor para las secciones 1 y 3. No use la información de su hijo. Si lo hace, su aplicación será rechazada. Proporcione SÓLO información personal válida en TODOS LOS (*) CAMPOS REQUERIDOS. Se validará contra registros públicos y cualquier discrepancia resultará en el RECHAZO de su solicitud. Si desea darse de baja de esta lista de correo, por favor llame al 1-888-493-0768 y tenga su identificación de miembro lista.

* Solo la información personal del padre o tutor debe ser usada para llenar esta aplicación.

Seleccione si la dirección es temporal:

Por favor, complete las secciones a continuación si usted tiene 18 años o más o esta aplicando de parte de su hijo.

Form fields for Apellido, Primer Nombre, Últimos Cuatro Dígitos de su Seguro Social, Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año), and No. de Teléfono de Contacto.

Nombre del miembro Escriba el nombre completo del miembro de Coordinated Care (REQUERIDO) Fecha de Nacimiento Fecha de Nacimiento del Miembro (OBLIGATORIO)

DSHS Clientes ID (9 dígitos) Dirección de Envío Postal si es diferente a la anterior: Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal (P.O. Box permitido)

Características del plan

Escoja su plan (marque uno)

Table comparing three plans: 68 minutos GRATIS cada mes, 125 minutos GRATIS cada mes, and 250 minutos GRATIS cada mes. Includes checkmarks for features like Llamadas Locales, Larga Distancia Nacional, Buzón de Voz, etc.



SafeLink WIRELESS

* Lista de destinos disponible en www.safelink.com
** Si elige este plan, todos los minutos que no use serán removidos/borrados y no se acumularán en la próxima entrega de minutos. Sin embargo, si compra y carga tarjetas de minutos adicionales, todos los minutos que no use se acumularán hasta tres meses consecutivos.
*** Sujeto a Términos y Condiciones

SECCIÓN 2

Coordinated Care confirmara su elegibilidad.

Yo certifico que pertenezco al siguiente programa de asistencia pública:

- Medicaid (No es lo mismo que Medicare) Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF)

SafeLink® es un servicio apoyado por el beneficio Federal de Lifeline, al cual sólo pueden inscribirse suscriptores calificados. Los clientes que intencionalmente hagan falsos testimonios para obtener este beneficio pueden ser sancionados con una multa o encarcelamiento o pueden ser excluidos de recibir este beneficio.

Lifeline sólo ofrece una línea telefónica por hogar. Un hogar se define como cualquier individuo o grupo de individuos que viven juntos en la misma dirección y comparten sus ingresos y gastos. No está permitido que un hogar reciba el beneficio Lifeline de múltiples proveedores. El incumplimiento de la regla "one-per-household" (uno por hogar) constituye una violación de las regulaciones de la FCC y resultará en la cancelación del servicio Lifeline. El beneficio Lifeline no es transferible, y un cliente no puede transferir su beneficio a otra persona.

SERVICIOS DE MENSAJES DE TEXTO DE SALUD

Firmando a continuación, entiendo que se me suscribirá automáticamente para recibir mensajes de texto GRATIS con consejos y recordatorios acerca de mi salud usando información provista por Centene. Autorizo a Centene a revelar mi información de salud protegida (PHI por sus siglas en inglés) a Voxiva para inscribirme en los servicios de salud móviles de Voxiva. Entiendo que esta información se usará en acuerdo con la Política de Privacidad que se encuentra en www.voxiva.com/terms. Entiendo que esta autorización es voluntaria y si rehúso proveerla, mi elegibilidad para beneficios de o inscripción a Centene, pago para o cobertura de servicios, o habilidad de obtener tratamiento no se verán afectados. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que esta autorización expirará cuando ya no reciba los servicios de salud móviles de Voxiva.

Marque la caja si le gustaría recibir ofertas especiales y promociones de TracFone al número de teléfono proporcionado en su información de contacto.

SECCIÓN 3

DEBE colocar una marca de verificación (✓) en cada declaración, después su firma y fecha. (Su aplicación no puede ser aprobada sin estos requisitos.)

Yo certifico bajo pena de perjurio que:

- Yo, o un miembro de mi hogar, participo en el programa que me califica seleccionado anteriormente.
Entiendo que debo notificar a SafeLink® en un periodo de 30 días cuando deje de participar en el programa que me califica, si yo u otro miembro de mi hogar obtiene un servicio sustentado por Lifeline de otro proveedor, o si por cualquier otra razón, no sigo calificando para recibir el servicio lifeline.
Entiendo que me pueden solicitar que recertifique que sigo siendo elegible para recibir el servicio Lifeline en cualquier momento, y no hacerlo resultará en la cancelación de mis beneficios Lifeline.
Si cambio mi dirección postal, proveeré mi nueva dirección a SafeLink® en un periodo de 30 días.
Entiendo que mi hogar puede recibir sólo un servicio apoyado por Lifeline. Mi hogar no recibe actualmente el Servicio Lifeline o mi hogar actualmente recibe el Servicio Lifeline de otra compañía y yo autorizo a SafeLink a transferir mi beneficio Lifeline a SafeLink, y entiendo que esto terminará mis beneficios de Lifeline con mi compañía existente.
La información contenida en esta aplicación es verídica y correcta según mi conocimiento y entiendo que proveer información falsa y fraudulenta para obtener beneficios Lifeline está penado por la ley.
Estoy de acuerdo en cancelar mi servicio actual con el Programa Washington Telephone Assistance en favor de SafeLink Wireless® antes de aplicar al servicio Lifeline.

Usted está autorizando a SafeLink Wireless o a su representante designado para (1) Obtener y utilizar la información de mi proveedor de Medicaid para confirmar mi elegibilidad inicial y continua para la asistencia Lifeline; (2) acceder a los archivos necesarios para verificar mis declaraciones; (3) actualizar mi dirección en un formato de dirección postal; (4) proveer mi nombre, número de teléfono, y dirección a Universal Service Administrative Company (USAC)-el administrador del programa-y/o sus agentes con el propósito de verificar que no recibo más de un beneficio Lifeline, y; (5) autorizo a representantes de las agencias de servicios sociales a discutir y/o proveer información a SafeLink Wireless® verificando mi participación en programas de beneficios que me califican para recibir la asistencia Lifeline.

El servicio SafeLink es ofrecido de acuerdo con los Terminos y Condiciones de SafeLink, localizados en www.safelink.com

Firmando a continuación, afirmo y estoy de acuerdo con cada una de las declaraciones anteriores.

Firma del solicitante FECHA

Para preguntas llame al 1-877-631-2550 Por FAX al: 1-866-902-5756 Código de Promoción:

Para Español: 888-230-0790 Devolver este formulario a: SafeLink Wireless® • PO Box 220009 • Milwaukie, OR 97269-0009

Para obtener su teléfono con mayor brevedad aplique en www.safelink.com e introduzca el código de promoción anterior