



Descuento de mayores Solicitud – Arizona

Si tiene 65 años o más y desea solicitar el descuento para personas mayores, debe completar el siguiente formulario. **Asegúrese de completar todas las secciones necesarias de esta solicitud.** Si quedara algún casillero incompleto, la solicitud será rechazada por descuento de mayores y usted deberá completar una nueva solicitud.

Paso 1 | Información Personal

Nombre (en imprenta):		Segundo nombre:		Apellido:	
Dirección donde se brinda el servicio (No indique casillas de correo) Indique apartamento/habitación/piso/cama, si corresponde:			Ciudad:		Estado: Código postal:
Dirección de facturación (si difiere de la anterior) Indique apartamento/habitación/piso/cama, si corresponde:			Ciudad:		Estado: Código postal:
Marque aquí si la dirección donde se le brinda el servicio es una dirección temporaria: <input type="checkbox"/>			Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/____		
N.º de teléfono de Frontier (incluya código de área) o N.º de cuenta: DEBE estar a su nombre.			N.º de teléfono alternativo donde se lo pueda encontrar: (____) ____-____		
Últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social					
NSS:		Identificación Tribal:			

PASO 2 | Elegibilidad – Completar a continuación

Descuento de mayores

En Arizona, también puede calificar para un descuento para personas de la tercera edad si es mayor de 65 años, es jefe de familia y su ingreso es igual o inferior al 100% de la Guía Federal de Pobreza, según el cuadro a continuación. Debe proporcionar prueba de edad (como una copia de su licencia de conducir, identificación estatal o certificado de nacimiento) junto con esta solicitud. Este crédito será adicional a su crédito mensual Lifeline. No es elegible con el descuento Tribal Lifeline.

1. Certifico que los ingresos de los integrantes de mi hogar no exceden el 100% de los valores fijados por las Pautas Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines), sobre la base de la siguiente tabla:

Personas en la vivienda	Límite de ingresos anuales
1	\$13,590
2	\$18,310
3	\$23,030
4	\$27,750
5 o más	Sume \$4,720 por persona
Número de personas que integran su hogar (indique aquí) <input type="text"/>	

Presente una constancia de sus ingresos enviando la copia más reciente de alguno de estos documentos: declaración de impuestos federal o estatal, declaración de ingresos o formulario W-2 del empleador, recibos de sueldo de 3 meses consecutivos, declaración de Beneficio del Seguro Social, declaración de beneficio de la Administración de Veteranos, declaración de beneficios de jubilación/pensión, sentencia de divorcio, declaración de beneficios por desempleo/indemnización laboral, pensión alimentaria para hijos menores u otro documento legal que demuestre el ingreso total que percibe su hogar en la actualidad. No se aceptan extractos bancarios.

SOLO ENVÍE FOTOCOPIAS – NO SE DEVOLVERÁN LOS ORIGINALES. DEBE INDICAR LA CANTIDAD DE INTEGRANTES DE SU HOGAR.

Este programa me da una tarifa reducida porque:

- Tengo 65 años de edad o más (se proporciona comprobante de edad)
- Soy el jefe de familia
- Mi ingreso es igual o inferior al 100% del nivel federal de pobreza, según la tabla anterior (se proporciona prueba)



Descuento de mayores Solicitud – Arizona

Paso 3 | Firma

TODOS los clientes deberán inicialar cada una de las siguientes líneas:

Certifico bajo pena de perjurio:

_____ (1) Toda la información contenida en esta aplicación es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Reconozco que el descuento para personas mayores es un beneficio estatal y que proporcionar intencionalmente información falsa o fraudulenta para recibir los beneficios de Lifeline es punible por ley y puede dar lugar a multas o prisión.

_____ (2) He proporcionado la documentación de la prueba de elegibilidad junto con esta solicitud.

Firma del solicitante

Fecha

NOTA: Si este formulario es presentado por un Representante Legal Autorizado del Solicitante, complete lo siguiente:

Soy un "Representante Legal Autorizado" de este cliente y estoy presentando este formulario en su nombre. Asimismo, entrego mi Poder (u otra documentación que certifique la autorización) junto con esta solicitud.

**Nombre del "Representante Legal Autorizado"
(en imprenta)**

Firma (Rep. Legal Autorizado)

Teléfono durante el día

Fecha

Envíe por servicio postal a: Frontier Lifeline, P.O. Box 5166, Tampa, FL 33675; o envíe un fax sin cargo al siguiente número: 844-452-6399; o envíe un correo electrónico a Lifeline@ftr.com (adjuntando solicitud y constancias como anexos).

Envíe todos los formularios y documentos juntos.

Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio de Atención al Cliente de Frontier al 1-800-921-8101.