Community HealthChoices | pa health & wellness | pulsewrx

Programa inalámbrico GRATUITO

¿Actualmente paga por el servicio?
Puede transferir sunúmero actual con este servicio gratuito.

Todos los participantes de Medicaid pueden solicitar un teléfono **GRATUITO** con llamadas, mensajes de texto y 4.5 GB en el plan de datos.*

PRESENTAR UNA SOLICITUD ES FÁCIL

1. Complete la siguiente solicitud.
2. Envíe las páginas al apartado postal que aparece abajo.
3. Reciba elteléfono porcorreo y disfrútelo.

*La oferta varía según el estado.

Puede encontrar la información completa del plan y los términos y condiciones en http://mybenefitphone.com.

PO Box 664, New Albany, OH 43054 | contact@pulsewrx.com

ATTENTION: If you speak a language other than English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-844-626-6813 (TTY: 711) or speak to your provider.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-844-626-6813 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

注意：如果您说 中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-844-626-6813（文本电话: 711）或咨询您的服务提供商。

PA Health & Wellness complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, creed, religious affiliation, ancestry, sex, gender, gender identity or expression, or sexual orientation.

Basado en
FORMULARIO FCC 5629

Programa Lifeline **Formulario de solicitud**

1. Acerca de Lifeline

Lifeline es un programa de la Comisión Federal de Comunicaciones (Federal Communications Commission, FCC) que proporciona un descuento mensual no transferible de servicio telefónico o de internet por grupo familiar de bajos ingresos calificado.

2. Beneficio

Si califica, su grupo familiar puede recibir un beneficio de Lifeline de hasta **$9.25** para reducir los costos del servicio telefónico o de internet y hasta de **$34.25** para grupos familiares calificados en tierras tribales.

3. Grupo familiar

Un grupo familiar es un grupo de personas que viven juntas y comparten ingresos y gastos (aunque no estén relacionadas entre ellas). Si más de una persona en su grupo familiar participa en Lifeline, está infringiendo las reglas de la FCC y perderá su beneficio.

4. Firme y envíe

Para presentar una solicitud, complete las secciones necesarias, escriba sus iniciales en cada declaración y firme. Luego envíe por correo la solicitud completada a la dirección que aparece abajo.

Envíe su solicitud completada por correo a:

Pulsewrx Applications
PO Box 664
New Albany, OH 43054

¿Cuál es su información? Su información tal y como aparece en Medicaid. Los campos resaltados son obligatorios.

Nombre y apellido

Dirección (Nº de PO BOX) ☐ Permanente o ☐ Temporal

APARTAMENTO, HABITACIÓN, LOTE

CÓDIGO POSTAL

Fecha de nacimiento (MM|DD|AAAA)

Últimos 4 dígitos del SSN

Dirección de correo electrónico *(Recibirá una solicitud de verificación por correo electrónico antes de la aprobación)*

Reglas de Lifeline. Escriba sus iniciales para indicar que acepta cada regla del beneficio de Lifeline, bajo pena de perjurio.

- ☐ Soy un beneficiario activo de Medicaid y por lo tanto cumplo los criterios de elegibilidad basados en programas para Lifeline.
- ☐ Avisaré al proveedor de Lifeline en el plazo de 30 días si ya no califico para Lifeline o mi grupo familiar está recibiendo más de un beneficio de Lifeline.
- ☐ Si estoy reclamando el beneficio tribal aumentado basándome en la dirección de arriba, certifico que vivo en esa dirección física.
- ☐ Si me mudo a una nueva dirección, proporcionaré esa nueva dirección en el plazo de 30 días.
- ☐ Mi grupo familiar puede recibir solo un beneficio de Lifeline, y, hasta donde yo sé, mi grupo familiar no está recibiendo ya un beneficio de Lifeline.
- ☐ La información proporcionada es verdadera y correcta hasta donde yo sé.
- ☐ Entiendo que proporcionar información falsa o fraudulenta para recibir un beneficio del gobierno federal es castigado por la ley y puede dar como resultado multas, tiempo en prisión, cancelación de inscripción o prohibición de acceder al programa.
- ☐ Entiendo que mi proveedor de Lifeline puede verificar si aún califico en cualquier momento. Si necesito recertificar mi beneficio de Lifeline, entiendo que debo responder antes de la fecha límite, o perderé mi beneficio de Lifeline.
- ☐ Acepto que toda la información recopilada en esta solicitud puede usarse, compartirse y conservarse para los propósitos de solicitar el beneficio de Lifeline. Acepto que el gobierno estatal o tribal puede compartir información sobre mis beneficios de un programa calificado.
- ☐ Entiendo que si actualmente estoy recibiendo un beneficio de Lifeline y transfiero mi beneficio de Lifeline al completar este formulario, puedo perder mi servicio actual o recibir una factura de mi proveedor actual.
- ☐ Si se determina que ya se está recibiendo un beneficio de Lifeline en mi dirección, certifico que vivo en una dirección con más de un grupo familiar.

☐ **Autorización y consentimiento.** Escriba sus iniciales para reconocer y aceptar las declaraciones de abajo:

Enviando esta solicitud, autorizo a Pulsewrx, Inc. ("Pulsewrx") para que prepare, transmita y certifique mi solicitud de Lifeline y toda la documentación de respaldo a Universal Service Administrative Company (USAC) o al verificador nacional para la determinación de elegibilidad, y para que actúe en mi nombre en todos los asuntos relacionados con la inscripción al programa y la participación continua. Autorizo a Pulsewrx para que aplique mi beneficio de Lifeline aprobado con un proveedor de telecomunicaciones calificado de su elección, basándose en la disponibilidad de cobertura, la compatibilidad del dispositivo y la designación de Proveedor de telecomunicaciones elegible (ETC) en mi área de servicio. Doy mi consentimiento expreso para la recopilación, uso y revelación limitada de mi información de identificación personal (PII) y la Información de Red Propia del Cliente (CPNI), incluyendo, entre otros, mi nombre, información de contacto, fecha de nacimiento, los últimos cuatro dígitos de mi número de Seguro Social, teléfono e información de uso del servicio, por y entre Pulsewrx, sus colaboradores proveedores, las agencias estatales de Medicaid aplicables, las organizaciones de atención administrada y los proveedores externos autorizados. Esta información se usará únicamente para el propósito de inscripción al programa Lifeline, cumplimiento, servicio de beneficios, verificación relacionada con Medicaid, y para entregar comunicaciones relacionadas con elegibilidad, recertificación u ofertas de servicios calificados de valor agregado relacionados con Lifeline, Medicaid u otros beneficios gubernamentales. Entiendo y acepto que mi recepción del servicio Lifeline también está sujeta a los términos y condiciones, políticas de privacidad y cualquier otra política de uso o cumplimiento aplicable del proveedor subyacente seleccionado, todo lo cual acepto al enviar esta solicitud. Mi información no se venderá ni se compartirá fuera de estos propósitos establecidos. Además, acepto que mi autorización y consentimiento pueden darse mediante firma por escrito, firma electrónica, grabación de voz, envío de formulario digital, entrada por teclado, interacción con chatbot u otro método legalmente reconocido, y que dicho consentimiento será vinculante y exigible bajo las leyes federales y estatales aplicables, incluyendo la Ley de firmas electrónicas en el comercio global y nacional (Electronic Signatures in Global and National Commerce Act, E-SIGN Act) y la Ley uniforme de transacciones electrónicas (Uniform Electronic Transactions Act, UETA).

Firmando abajo, certifico que leí, entendí y acepto la declaración de Autorizaciones y consentimiento de arriba. Afirmo que toda la información proporcionada es verdadera y correcta hasta donde yo sé, y autorizo a Pulsewrx, Inc. para que actúe en mi nombre de acuerdo con los términos descritos.

Firma

Fecha