California LIFELINE program

Presente la renovación antes del 31 de julio de 2025

Hágalo mas rápido por Internet en CaliforniaLifeLine.com/es

2 0 2 5 0 4 2 2 0 0 0 0 0 0 2 4
000006
FIRSTNAME M. LASTNAME TEMP #3 RENEWALFORM 12PT
123 MAIN STREET
STE 45
ANYTOWN CA 05

SAMPLE

Formulario de renovación para el beneficio del programa California LifeLine

Para continuar recibiendo su beneficio de LifeLine, renueve antes de su fecha de respuesta del: **31 de julio de 2025**.

Para renovar:

- Usted debe tener al menos 18 años de edad o ser un menor emancipado. Los menores emancipados deben presentar prueba de la emancipación.
- Si tiene cambios o correcciones en su dirección postal o de su hogar, debe informarle a su compañía telefónica en un plazo de 30 días.
- Se permite solo un beneficio por hogar.
- Un hogar puede tener el beneficio solo de una compañía telefónica.

Hay tres formas de presentar la renovación para el beneficio de California LifeLine:

1. **Por Internet:** Renueve en CaliforniaLifeLine.com/es.
2. **Por teléfono:** Llame al 1-877-858-7463 (TTY: 1-888-858-7889) de 7 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes, excepto los días festivos estatales.
3. **Por correo postal:** Complete, firme y envíe el formulario de renovación impreso a California LifeLine. Regréselo usando el sobre que vino con el formulario de renovación. No necesita estampilla.

Dé vuelta la página ▶▶▶

¿Preguntas?
Podemos ayudar
Si tiene preguntas sobre su renovación, su Fecha de respuesta o el estado de su renovación, llame a California LifeLine al **1-877-858-7463** (TTY: 1-888-858-7889). Nuestro horario de atención es de 7 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes, excepto los días festivos estatales.

Envíe su formulario por correo postal
Puede enviar su renovación completada y firmada a:

California LifeLine Administrator
P.O. Box 138014
Sacramento, CA 95813

Conserve esta página para sus registros.

Después de que presente su renovación y confirmemos su identidad, California LifeLine le informará si se aprobó o rechazó su renovación. El aviso se le enviará en su fecha de aniversario:
31 de julio de 2025.

Para renovar el beneficio de California LifeLine, usted **debe** completar y enviar este formulario de renovación antes de esta fecha: **31 de julio de 2025**. No necesita enviar ninguna prueba.

SAMPLE

Palabras que necesita saber:

Un **adulto** es cualquier persona de 18 años o más o una persona menor emancipada (una persona menor de 18 años que legalmente se considera que es un adulto).

La **fecha de aniversario** es cuando su beneficio de California LifeLine termina, si usted no logra renovar (y si no se le da de baja del programa antes por cualquier razón). Si logra renovar, se le agregará un año a su fecha de aniversario.

California LifeLine es un programa del gobierno que proporciona servicio telefónico a bajo costo a hogares que reúnen los requisitos.

Los **niños** menores de 18 años que viven con sus padres o tutores se consideran parte del mismo hogar del que son parte sus padres o tutores.

Un **hogar** incluye a los adultos y a los niños que viven juntos en la misma dirección como una unidad económica. Una unidad económica está formada por todos los adultos que contribuyen **y** comparten los ingresos y los gastos de un hogar.

Los **gastos de un hogar** incluyen alimentos; gastos de cuidados de salud tales como facturas médicas; costo de alquiler o pago de hipoteca de su lugar de residencia, tal como una casa o un apartamento; y servicios como agua, calefacción y electricidad.

Los **ingresos** incluyen, entre otras cosas, salarios, sueldos, intereses, dividendos, manutención conyugal e infantil, becas, regalos, asignaciones, estipendios, ganancias de lotería, herencias, compensación del trabajador, beneficio por desempleo y de asistencia pública, pagos del Seguro Social, pensiones, ingresos de alquiler, ingresos de trabajo por cuenta propia, pagos en efectivo de otras fuentes y todos los ingresos relacionados con el empleo que no sean en efectivo.

Medicaid (llamado **Medi-Cal** en California) es un programa de seguro de salud del gobierno para familias con bajos ingresos y personas mayores, ciegas y/o con discapacidades que no tienen suficientes ingresos para pagar los servicios médicos necesarios.

Medicare es el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, personas con enfermedad renal terminal (ESRD, en inglés) y ciertas personas jóvenes con discapacidades.

La **Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés)** es un programa federal de beneficios mensuales para personas con ingresos y recursos limitados que tienen discapacidades, son ciegas o tienen 65 años o más. Los niños que son ciegos o tienen discapacidades también podrían ser elegibles para SSI.

El **Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI, en inglés)** es un programa federal de seguro con beneficios mensuales para personas que tienen una discapacidad médicamente determinable que limita su capacidad de estar empleadas. La elegibilidad se basa en la discapacidad y los créditos por trabajo.

SAMPLE

Formulario de renovación para el beneficio de California LifeLine. Preséntelo antes del 31 de julio de 2025

Vea las *palabras que necesita saber*

Siga estos pasos en el formulario de renovación a continuación:

Paso 1: Asegúrese de que su dirección postal y la de su casa y su número telefónico estén correctos.

Paso 2: Certifique que su hogar no esté recibiendo el beneficio de California LifeLine.

Paso 3: Díganos si renueva con base en un programa o en sus ingresos.

Otra información: Usted necesita darnos más información sobre su hogar.

Paso final: Certifique y firme el formulario. Luego envíelo antes de la fecha de respuesta. No necesita enviar prueba de elegibilidad.

Por favor: Proporcione su raza/etnia y otra información demográfica.

Llene esta burbuja si usted no reúne los requisitos para California LifeLine o desea dejar de recibir el beneficio.

○ Eliminarme

SMS/mensajes de texto:
Recordatorios importantes hasta 10 veces por mes desde el número **345345**. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos. Para no recibir mensajes, responda **STOP**. Para obtener ayuda, responda **HELP**. O llame al: **1-866-272-0349**.

Paso 1 Asegúrese de que su dirección postal y la de su casa y su número telefónico estén correctos.

Asegúrese de que su nombre, dirección y número de teléfono estén correctos. Si están incorrectos, llame a su **compañía telefónica** en un plazo de **30** días.

Pídale que corrija su información. **No** haga correcciones en este formulario de renovación.

Dirección postal
Firstname M. Lastname Temp #3 RenewalForm 12pt
Ste 45
123 Main Street
Anytown, CA 05

Dirección del hogar
Firstname M. Lastname Temp #3 RenewalForm 12pt
456 Civic Ave
Suite 78
Jamestown, CA 99999

Número de teléfono del participante:
123-456-7890

Fecha del formulario de renovación:
31 de julio de 2025

Número de teléfono de la compañía telefónica:
999-999-9999

Continúe en la página siguiente ▶▶▶

SAMPLE

Paso 2 Certifique que su hogar no esté recibiendo el beneficio de California LifeLine.

Al escribir mis iniciales aquí, certifico que nadie más en mi hogar tiene el beneficio de California LifeLine con mi compañía telefónica actual u otra compañía telefónica, incluido LifeLine federal para el servicio de telefonía celular.

Escriba su primera y su última inicial: _____

Paso 3 Díganos si renueva con base en un programa o en sus ingresos.

Marque una opción:

☐ Estoy renovando con base en uno o más programas en los que están inscritos los miembros del hogar (vaya a la Parte A).
☐ Estoy renovando con base en mis ingresos (vaya a la Parte B).

Parte A: Estoy renovando con base en uno o más programas en los que están inscritos los miembros del hogar.

Si alguien en su hogar está inscrito en alguno de los programas a continuación, llene todas las burbujas al lado de los programas en los que usted o alguien en su hogar participen, incluidos los niños.

Use un bolígrafo azul o negro para llenar la burbuja por completo, así: ● Correcto ⊗ Incorrecto

- ○ **Medi-Cal** [programa de Medicaid] ***Usted tiene que proporcionar una copia de su tarjeta de identificación de beneficios.**
- ○ **CalFresh** [Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)]
- ○ **SSI** [programa de Seguridad de Ingreso Suplementario]
- ○ **Sección 8** [Programa de ayuda federal para la vivienda]
- ○ **TANF tribal** [Asistencia Temporal para Familias Necesitadas para tribus]
- ○ **Programa Head Start tribal**
- ○ **Asistencia general de la Oficina de Asuntos Indígenas**
- ○ **FDPIR** [Programa de distribución de alimentos en reservas Indígenas]
- ○ **Pensión de VA/Pensión para sobrevivientes de veteranos** [Programa federal de beneficios de pensión para veteranos y sobrevivientes]
- ○ **LIHEAP** [Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Recursos]
- ○ **NSLP** [Programa Nacional de Almuerzo Escolar]
- ○ **WIC** [Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños]

Continúe en la página siguiente ▶▶▶

SAMPLE

○ Llene esta burbuja si usted está inscrito en **ALGUNO** de los programas a continuación:

TANF [Asistencia Temporal para Familias Necesitadas]

CalWORKs [California Work Opportunity and Responsibility to Kids]

StanWORKs [Stanislaus Work Opportunity and Responsibility to Kids]

WTW [Welfare-to-Work]

GAIN [Mejores Opciones para Independizarse]

Parte B: Estoy renovando con base en los ingresos.

Si usted **no** llenó alguna burbuja en la parte anterior y el ingreso bruto total (anual) de su hogar (antes de impuestos) es igual o menor a los límites de ingreso anual, complete esta parte. Para ver los límites de ingresos anuales, lea la *Tabla de ingresos* en las Directrices de elegibilidad.

Número de personas (adultos y niños) en su hogar:

Adultos (18 años o más): _____ **+** Niños (menores de 18 años): _____ **=** _____

Ingreso bruto total anual del hogar redondeado a una cantidad exacta de dólares: **$**____ , _____.00

Lea la *Calculadora de ingresos* en las Directrices de elegibilidad.

SAMPLE

Otra información

Use esta sección para contarnos más sobre su hogar.

Díganos si vive en tierras tribales reconocidas por el gobierno federal.

Complete esta sección si usted todavía vive en tierras tribales reconocidas por el gobierno federal y quiere los descuentos de Enhanced LifeLine y Link-Up. Certifique agregando su número de identificación tribal y sus iniciales en letra de imprenta a continuación.

Indíquenos su número de identificación tribal: _____

Escriba su primera y su última inicial: _____

Díganos si un miembro del hogar usa un teletipo para personas con problemas auditivos (TTY).

Complete esta sección si alguien en su hogar usa un teletipo para personas con problemas auditivos (TTY) y aún así quiere obtener el segundo descuento de California LifeLine.

○ Sí **Si la respuesta es "Sí"**, el miembro del hogar usuario de TTY aún necesita ser elegible para el segundo descuento de California LifeLine.

○ No **Si la respuesta es "No"**, se eliminará este número telefónico del programa California LifeLine y usted ya no recibirá un descuento por este número.

SAMPLE

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

SAMPLE

Paso final	Certifique, firme y envíe su formulario de renovación.

A continuación, escriba su nombre legal completo y otra información requerida (*). Su nombre legal es el que usa en los documentos oficiales, como su tarjeta de Seguro Social o identificación del estado. No es un apodo.

* Nombre y apellido del participante	
* Últimos 4 números del número de Seguro Social (SSN) del participante:	* Fecha de nacimiento del participante (mes, día, año)

Díganos cómo le gustaría recibir avisos en el futuro (opcional)
○ Impresión estándar ○ Letra grande ○ Braille

Continúe en la página siguiente. Lea el acuerdo y firme su formulario de renovación. ►►►

SAMPLE

Paso final **Lea a continuación. Luego, firme su formulario de renovación.**

Al firmar a continuación, para cumplir con las reglas del gobierno federal y estatal, certifico, bajo pena de perjurio, que:

- Entiendo que es contra la ley mentir o excluir información en este formulario de renovación.
- Mi hogar reúne los requisitos para el beneficio de California LifeLine.
- Mi hogar no recibirá más de un beneficio de California LifeLine, a menos que haya presentado alguna prueba de que un miembro de mi hogar usa TTY.
- Estoy de acuerdo en que toda la información que proporciono en este formulario puede ser recopilada, utilizada y retenida con el propósito de solicitar y/u obtener beneficios del programa California LifeLine, y California LifeLine puede compartirla con cualquier agencia según sea requerido.
- La dirección de mi hogar es mi residencia principal.
- No se me reclama como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
- Entiendo las reglas de notificación.
- Debo renovar mi beneficio todos los años.
- Entiendo que si no renuevo, perderé el beneficio.
- La información en este formulario es verdadera y correcta.
- Acepto informar a mi compañía telefónica o a California LifeLine en un plazo de 30 días si:
  - ☐ Cambio mi dirección postal o de mi hogar, o
  - ☐ Ya no reúno los requisitos para California LifeLine, o
  - ☐ Mi hogar recibe más de un beneficio de California LifeLine porque un miembro de mi grupo familiar usa TTY.
- Entiendo y estoy de acuerdo en que se me sancionará si no sigo estas reglas de notificación. Las sanciones pueden incluir la pérdida de los beneficios, multas, la expulsión del programa California LifeLine y el encarcelamiento.
- Reconozco y doy mi consentimiento para que California LifeLine comparta mi información en este formulario con la Universal Service Administrative Company y/o sus agentes.
- Los tutores legales o las personas con una carta poder pueden firmar este formulario.

Para los participantes de servicio inalámbrico (wireless) de California LifeLine:

- Doy mi consentimiento para recibir mensajes SMS (de texto) de California LifeLine en el futuro.
- Entiendo que puedo elegir no recibir estos mensajes de texto en cualquier momento porque no son necesarios para obtener el beneficio de California LifeLine.
- Entiendo que California LifeLine usa mensajes de texto para compartir recordatorios importantes sobre el beneficio.

Firma del participante (requerida) ▶	Fecha de hoy (mes, día, año)

○ Llene esta burbuja si la firma un tutor legal o una persona con una carta poder.

SAMPLE

Por favor **Proporcione su raza/etnia y otra información demográfica.**

Para evaluar si estamos sirviendo adecuadamente a las comunidades de California, queremos preguntarle sobre sus ingresos y otra información demográfica, esto NO afecta su elegibilidad para el programa California LifeLine.

Ingresos:

¿Cuál es el total combinado de los ingresos que todos los miembros de su hogar ganaron en el último año?

Seleccione uno:

- ○ $0 – $9,999
- ○ $10,000 – $19,999
- ○ $20,000 – $29,999
- ○ $30,000 – $39,999
- ○ $40,000 – $49,999
- ○ $50,000 – $59,999
- ○ $60,000 – $69,999
- ○ $70,000 – $79,999
- ○ $80,000 – $89,999
- ○ $90,000 – $99,999
- ○ $100,000 o más
- ○ Prefiero no responder

- Incluya únicamente los ingresos de todas las personas que se quedaron con usted durante más de dos de los últimos 12 meses.
- Si no tiene hogar o vive en una vivienda grupal, incluya solo a todas las personas con las que comparte ingresos y gastos.

Género:

Seleccione uno:

- ○ Masculino
- ○ Femenino
- ○ Transgénero
- ○ No binario/No conforme
- ○ Prefiero no responder

Continúe en la página siguiente ▶▶▶

SAMPLE

Por favor **Proporcione su raza/etnia y otra información demográfica. *(Continuación)***

Raza/Etnia:

Seleccione una:

- ○ Negro/Afroamericano
- ○ Indígena estadounidense/Nativo de Alaska
- ○ Hispano/Latino
- ○ Blanco

Asiático

- ○ Camboyano
- ○ Chino
- ○ Filipino
- ○ Indio
- ○ Japonés
- ○ Coreano
- ○ Laosiano
- ○ Vietnamita
- ○ Otro asiático

Isleño del Pacífico

- ○ Guameño
- ○ Nativo de Hawái
- ○ Samoano
- ○ Otro isleño del Pacífico
- ○ Otra
- ○ Prefiero no responder

SAMPLE

Directrices de elegibilidad para el programa California LifeLine

Directrices generales

1. Se permite solo **un** beneficio de California LifeLine por hogar, excepto para los usuarios de TTY.
2. Los hogares deben elegir obtener el beneficio para el teléfono de la casa o para el celular, pero no ambos.
3. Los hogares no pueden obtener el beneficio de más de una compañía telefónica.
4. Para obtener el beneficio, usted debe firmar, proporcionar su fecha de nacimiento y los últimos 4 números de su Seguro Social o el número completo de identificación tribal.
5. Las personas que no sigan la regla de un beneficio por hogar perderán el beneficio y el gobierno de EE. UU. podría procesarlas.
6. Las personas pueden ser sancionadas por dar falsa información para obtener el beneficio. Las sanciones pueden incluir el encarcelamiento, la pérdida del beneficio, multas financieras y la expulsión del programa California LifeLine.
7. No se puede reclamar a los participantes como dependientes en la declaración de impuestos de otra persona.
8. El participante que firma el formulario debe ser la misma persona cuyo nombre aparece en el campo “Dirección del hogar” del paso 1.
9. El descuento por el cargo de la conexión del servicio solo puede aplicarse a la residencia principal.
10. Usted no puede transferir el beneficio de LifeLine a otra persona. La persona debe presentar su solicitud para el programa.

Nota

- **No** envíe dinero en efectivo, cheques o estas directrices.
- Después de que su beneficio se haya renovado, si usted considera que ya no es elegible para el beneficio o si su hogar recibe más de un beneficio por error, deberá informarnos o decirle a su compañía telefónica en un plazo de **30** días.
- Para permanecer en el programa usted debe **renovar** todos los años.
- La participación en California LifeLine dura solo un año.
- Si se le pide, envíe por correo **copias** de un certificado médico, prueba de ingresos y prueba de la participación en el programa. **No** envíe documentos originales. No se los podemos devolver.

Calculadora de ingresos			
Ingreso bruto semanal	x 52	=	Ingreso anual
Ingreso bruto cada dos semanas	x 26	=	Ingreso anual
Ingreso bruto mensual	x 12	=	Ingreso anual

Directrices para personas con base en los ingresos

Si usted reúne los requisitos con base en los ingresos, el ingreso bruto total (anual) de su hogar (antes de impuestos) debe ser igual o menor a los límites de ingreso anual de California LifeLine establecidos para el tamaño de su hogar.
Un **hogar** incluye a los adultos y a los niños que viven juntos en la misma dirección como una unidad económica.

Una unidad económica está formada por todos los adultos (personas de 18 años como mínimo) que contribuyen y comparten los ingresos y los gastos de un hogar. Todos los tamaños de hogar son aceptables.

SAMPLE

Si su hogar tiene más de 10 miembros, agregue de $8,500 a $100,600 por cada miembro adicional para averiguar el límite de ingreso anual correspondiente de California LifeLine.

Consulte la "Tabla de ingresos" para averiguar si su hogar reúne los requisitos.

Se denomina ingreso bruto al dinero que reciben **todas las personas de su hogar** (adultos y niños) **antes de impuestos**, ya sea que el dinero esté sujeto a impuestos o no, y se incluye, entre otras cosas: salarios, sueldos, intereses, dividendos, manutención conyugal e infantil, becas, regalos, asignaciones, estipendios, ganancias de lotería, herencias, compensación del trabajador, beneficio por desempleo y de asistencia pública, pagos del Seguro Social, pensiones, ingresos de alquiler, ingresos de trabajo por cuenta propia, pagos en efectivo de otras fuentes, y todos los ingresos relacionados con el empleo que no sean en efectivo.

Tabla de ingresos	
Tamaño del hogar	Límites de ingresos anuales de California LifeLine
1 miembro	$24,200
2 miembros	$32,600
3 miembros	$41,100
4 miembros	$49,600
5 miembros	$58,100
6 miembros	$66,600
7 miembros	$75,100
8 miembros	$83,600
9 miembros	$92,100
10 miembros	$100,600
Las directrices de ingresos son válidas del 1 de junio de 2025 al 31 de mayo de 2026	

Segundo beneficio de California LifeLine

Se avisó a California LifeLine que usted desea renovar una segunda línea telefónica a través de California LifeLine. La persona que usa un teletipo para personas con problemas auditivos (TTY) debe tener acceso inmediato y continuo al mismo.

Si el Programa de Telecomunicaciones para Personas Sordas y Discapacitadas no dio un TTY, envíe una copia del certificado médico que muestre que la persona necesita un TTY.

Para obtener un segundo beneficio de California LifeLine, su hogar aún debe ser elegible para el beneficio con base en los programas o los ingresos.

Enhanced LifeLine y Link-Up

Se avisó a California LifeLine que usted desea presentar una renovación para los programas Enhanced LifeLine o Link-Up para los consumidores que viven en tierras tribales reconocidas por el gobierno federal.

Para obtener este beneficio, su hogar aún debe ser elegible para el beneficio con base en los programas o los ingresos. No todas las compañías telefónicas ofrecen Enhanced LifeLine y Link-Up.

SAMPLE