



# Sobre el Programa EBB

El Programa EBB es un programa de la Comisión Federal de Comunicaciones (FCC) que proporciona un beneficio de banda ancha y/o dispositivo para los consumidores de bajos ingresos que califiquen durante la pandemia de COVID-19.

## Reglas

Si califica, su hogar puede recibir un beneficio mensual del Programa de Prestación de emergencia para banda ancha (Programa EBB) de hasta \$50 para cubrir el costo de su servicio de Internet (hasta \$75 en tierras tribales elegibles). A través del programa, su proveedor de servicios también puede ofrecer un beneficio único de dispositivo conectado a Internet de hasta \$100 para una computadora, tableta o computadora portátil con un copago de más de \$10 pero menos de \$50.

Este programa es temporario y expirará cuando el fondo se quede sin dinero o seis meses después de que el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos declare el fin de la emergencia de salud COVID-19.

Su hogar no puede obtener el beneficio del Programa EBB de más de un proveedor de servicios. Solo puede obtener un beneficio del Programa EBB por hogar, **no por persona**. Si más de una persona en su hogar participa en el Programa EBB, está infringiendo las reglas de la FCC y perderá su beneficio.

El Programa de Prestación de emergencia para banda ancha es independiente del Programa Lifeline de la FCC. Si su hogar califica para ambos programas, puede solicitar y recibir ambos beneficios.

Nota: Los proveedores de servicios de banda ancha también deben cumplir con ciertos criterios para participar en el Programa EBB. Consulte con su proveedor de servicios para determinar si participa.

## ¿Qué es un hogar?

Un hogar es un grupo de personas que viven juntas y comparten ingresos y gastos (incluso si no están relacionados entre sí).

## No de su beneficio a otra persona

El beneficio del Programa EBB no es transferible. No puede otorgar su beneficio a otra persona, incluso si califica para el Programa EBB.

## Se honesto en este formulario

Debe proporcionar información precisa y verdadera en este formulario y en todos los formularios o cuestionarios relacionados con el Programa EBB. Si proporciona información falsa o fraudulenta, perderá su beneficio (es decir, la cancelación de la inscripción o la exclusión del programa) y el gobierno de los Estados Unidos puede emprender acciones legales en su contra. Esto puede incluir (pero no se limita a) multas o encarcelamiento.

## Es posible que deba mostrar otros documentos

Si el administrador del Programa EBB no puede validar que usted o alguien en su hogar califica al verificar los registros electrónicos disponibles de las agencias federales y/o estatales que administran programas que lo califican para el Programa EBB, es posible que deba proporcionar un documento oficial de uno de los programas de calificación del gobierno o documentación que demuestre sus ingresos.

### Aplicar

Para solicitar el Programa EBB, complete las secciones requeridas de este formulario, coloque sus iniciales en cada declaración de acuerdo y firme en la página 7. También puede presentar la solicitud en línea en [GetEmergencyBroadband.org](https://www.GetEmergencyBroadband.org) para un procesamiento más rápido.

### Mande este formulario por correo a:

**USAC**

**Emergency Broadband Support Center**

**P.O. Box 7081**

**London, KY 40742**



# Su Información

Todas las secciones son obligatorias a menos que se indique. Use solo LETRAS MAYÚSCULAS y tinta negra para completar este formulario.

**1. ¿Cuál es tu nombre legal completo?**

El nombre que usa en documentos oficiales, como su tarjeta de seguro social o identificación estatal. No use un apodo..

Nombre

Segundo Nombre (Opcional)

Sufijo (Opcional)

Apellido

**2. ¿Cuál es tu número de teléfono (si tiene uno)?**

Mes

Día

Año

**3. ¿Cuál es tu fecha de nacimiento?**

**4. ¿Cuál es tu dirección de correo electrónico? (Recomendado)**

**5. Verificación de identidad. Seleccione uno de los siguientes:**

a. Si desea verificar su identidad usando su número de seguro social, ingrese los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social (SSN4)\*

**\*No se requieren números de seguro social para participar en el Programa EBB, pero con el uso de un número de seguro social procesaremos su solicitud más rápido.**

b. Si tiene y desea utilizar un número de identificación tribal para verificar su identidad, ingréselo a continuación.

c. Licencia de conducir, identificación militar, pasaporte, número de identificación del contribuyente (ITIN) u otra identificación del gobierno. Seleccione el tipo de identificación que le gustaría usar para verificar tu identidad.

Licencia de conducir

Identificación militar

Pasaporte

No. de identificación del contribuyente

Otra identificación gubernamental

Adjunte una copia escaneada o una foto de su forma de identificación con su solicitud.



# Su Información (continuado)

\*Las tierras tribales incluyen cualquier reserva, pueblo o colonia de una tribu indígena reconocida a nivel federal, incluidas las antiguas reservas en Oklahoma; Regiones nativas establecidas de conformidad con la Ley de resolución de reclamos de nativos de Alaska (85 Stat.688; asignaciones de indígenas; Tierras de origen hawaiano: áreas mantenidas en fideicomiso para los nativos de Hawái por el estado de Hawái, de conformidad con la Ley de la Comisión de Hogares de Hawai, 1920 9 de julio de 1921 , 42 Stat.108, et.seq., Según enmendada, y cualquier terreno designado como tal por la FCC para los propósitos de esta subparte de conformidad con el proceso de designación en las reglas Lifeline de la FCC.  
Un mapa de las tierras tribales que califican está disponible en el sitio web de USAC: [https://www.usac.org/wp-content/uploads/lifeline/documents/tribal/fcc\\_tribal\\_lands\\_map.pdf](https://www.usac.org/wp-content/uploads/lifeline/documents/tribal/fcc_tribal_lands_map.pdf)

**6. ¿Cuál es tu nombre legal completo?** (La dirección donde recibirá el servicio. No use un apartado postal o PO Box)

Número y Nombre de Calle

Dpto, Unidad, Otro Ciudad

Estado Código postal

**7. ¿Es una dirección temporaria?** Sí No **8. Marque se vive en tierras tribales\***

**9. ¿Cuál es su dirección postal?** (Solo complete esta sección si no es la misma dirección que la de su casa)

Número y Nombre de Calle

Dpto, Unidad, Otro Ciudad

Estado Código postal



# Su Información (continuado)

Solo complete esta sección si presenta la solicitud a través de un hijo o dependiente.

**10. Marque aquí se esta calificando a través de un hijo o dependiente de su hogar. Si es así, responsa las siguientes preguntas:**

**11. ¿Cuál es su nombre legal completo?**

Nombre

Segundo Nombre (opcional)

Sufijo (opcional)

Apellido

**12. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?**

Mes

Día

Año

**13. Verificación de identidad. Seleccione uno de los siguientes:**

a. Si desea verificar su identidad usando su número de seguro social, ingrese los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social (SSN4)\*

**\*No se requieren números de seguro social para participar en el Programa EBB, pero con el uso de un número de seguro social procesaremos su solicitud más rápido.**

b. Si tiene y desea utilizar un número de identificación tribal para verificar su identidad, ingréselo a continuación.

c. Licencia de conducir, identificación militar, pasaporte, número de identificación del contribuyente (ITIN) u otra identificación del gobierno. Seleccione el tipo de identificación que le gustaría usar para verificar su identidad.

Licencia de conducir

Identificación militar

Pasaporte

No. de identificación del contribuyente

Otra identificación gubernamental

Adjunte una copia escaneada o una foto de su forma de identificación con su solicitud.



# Califica para el Programa EBB

Complete esta sección para demostrar que usted, su dependiente o alguien en su hogar califica para el Programa EBB.

Puede calificar a través de ciertos programas de asistencia del gobierno o a través de sus ingresos (usted no es necesario calificar a través de ambos).

Cuando envíe este formulario por correo, incluya documentos que demuestren que participa en uno de los programas que seleccionó o que califica a través de sus ingresos. Una lista de documentos aceptables está disponible en [GetEmergencyBroadband.org/Documents](http://GetEmergencyBroadband.org/Documents)

## Califica a través de un programa gubernamental o pérdida de ingresos:

**14. Marque todos los programas que recibe usted o alguien de su hogar:**

- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, también llamado Cupones para Alimentos)
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Medicaid
- Asistencia Federal de Vivienda Pública (FPHA)
- Programas de beneficios de pensión para veteranos o sobrevivientes
- Beca Federal Pell para el año de concesión actual
- Programa de almuerzo escolar gratuito o de precio reducido o programa de desayuno escolar en el año escolar 2019-2020 o 2020-2021. Si elige este programa, ingrese el nombre de su escuela, distrito escolar y estado.

Nombre de escuela	Distrito escolar	Estado
<b>Programas tribales específicos:</b>		
<input type="checkbox"/> Asistencia general de la Oficina de Asuntos Indígenas (BIA)		
<input type="checkbox"/> Asistencia Tribal Temporal para Familias Necesitadas (Tribal TANF)		
<input type="checkbox"/> Programa de distribución de alimentos en reservas indígenas (FDPIR)		
<input type="checkbox"/> Tribal Head Start (solo hogares que cumplen con el estándar de calificación de ingresos)		

0



# Califica para el Programa EBB (continuado)

## Califica a través de tus ingresos:

15. Marque esta casilla si usted o alguien en su hogar experimentó una pérdida sustancial de ingresos después del 29 de febrero de 2020 y el ingreso total de su hogar en 2020 fue igual o menos que \$99,000 para un contribuyente único o \$198,000 para contribuyentes conjuntos.

0

16. Incluyéndote a ti, cuántas personas viven en su hogar (marque uno)

17. ¿Son sus ingresos iguales o inferiores a la cantidad indicada para su estado y el tamaño de su hogar?

(solo marque sí o no junto al tamaño de su hogar)

48 estados, DC y territorios

Alaska

Hawai

1	\$17,388	\$21,722	\$20,007	Sí	No
2	\$23,517	\$29,390	\$27,054	Sí	No
3	\$29,646	\$37,058	\$34,101	Sí	No
4	\$35,775	\$44,726	\$41,148	Sí	No
5	\$41,904	\$52,394	\$48,195	Sí	No
6	\$48,033	\$60,062	\$55,242	Sí	No
7	\$54,162	\$67,730	\$62,289	Sí	No
8	\$60,291	\$75,398	\$69,336	Sí	No
Si son más de 8, añade esta cantidad por cada persona extra:	Añade \$6,129	Añade \$7,668	Añade \$7,047	Sí	No

135% de las Pautas Federales de Pobreza de 2021

\* Las Pautas Federales de Pobreza generalmente se actualizan a fines de enero.



# Acuerdo

Estoy de acuerdo, bajo pena de falso testimonio, con las siguientes declaraciones:

*Debe poner sus iniciales en cada casilla al lado de cada declaración.*

Iniciales

18. Yo (o mi dependiente u otra persona en mi hogar) actualmente recibo beneficios de los programas del gobierno enumerados en este formulario, experimenté una pérdida sustancial de ingresos desde el 29 de febrero de 2020, o mi ingreso familiar anual es del 135% o menos que las Pautas Federales de Pobreza (la cantidad indicada en la tabla de Pautas Federales de Pobreza en este formulario).

Iniciales

19. Acepto que, si me mudo, le daré a mi proveedor de servicios mi nueva dirección en un plazo de 30 días.

Iniciales

20. Entiendo que tengo que informar a mi proveedor de servicios dentro de los 30 días si ya no califico para el Programa EBB, incluyendo:

- 1.) Yo, o la persona de mi hogar que califica, ya no califico a través de un programa del gobierno o por ingresos.
- 2.) O alguien de mi hogar o yo recibimos más de un beneficio del Programa EBB.

Iniciales

21. Sé que mi hogar solo puede recibir un beneficio del Programa EBB y, a mi leal saber y entender, mi hogar no recibe más de un beneficio del Programa EBB. Entiendo que solo puedo recibir un dispositivo conectado (computadora de escritorio, computadora portátil o tableta) a través del Programa EBB, incluso si cambio de proveedor EBB.

Iniciales

22. Acepto que toda la información que proporcione en este formulario puede ser recopilada, utilizada, compartida y retenida con el propósito de solicitar y/o recibir el beneficio del Programa EBB. Entiendo que si no proporciono esta información al administrador del programa, no podré obtener los beneficios del programa EBB. Si las leyes de mi gobierno estatal o tribal lo requieren, acepto que el gobierno estatal o tribal pueda compartir información sobre mis beneficios para un programa calificado con el Administrador del Programa EBB. La información compartida por el gobierno estatal o tribal se utilizará solo para ayudar a averiguar si puedo obtener el beneficio del Programa EBB.

Iniciales

23. Para mi hogar, estoy seguro y entiendo que el Programa EBB es un subsidio temporario del gobierno federal que reduce mi factura de servicio de acceso a Internet de banda ancha y, al finalizar el programa, mi hogar estará sujeto a las tarifas generales sin descuento del proveedor, los términos, y condiciones si mi hogar continúa suscrito al servicio.

Initial

24. Todas las respuestas y acuerdos que proporcioné en este formulario son verdaderos y correctos a mi leal saber y entender.

Iniciales

25. Sé que dar voluntariamente información falsa o fraudulenta para obtener los beneficios del Programa EBB es punible por ley y puede resultar en multas, encarcelamiento, cancelación de la inscripción o exclusión del programa.

Iniciales

26. Fui sincero sobre si soy o no residente de tierras tribales, como se define en la sección "Su información" de este formulario

<b>27. Firma</b>	<b>27. Fecha de hoy</b>
------------------	-------------------------



## Información de Representante

*Responda solo si un representante del proveedor de servicios envía este formulario.*

### 29. ¿Cuál es su identificación de representante (Representative ID)?

## Declaración De La Ley De Privacidad

**Esta Declaración de la Ley de Privacidad le explica cómo vamos a usar la información personal que está ingresando en este formulario.**

La Ley de Privacidad es una ley que exige que la Comisión Federal de Comunicaciones (FCC) y la Compañía Administrativa de Servicio Universal (USAC) expliquen por qué le pedimos a las personas información personal y lo que vamos a hacer con esta información una vez que la recopilamos.

**Autoridad:** 47 U.S.C. §254; Ley de Asignaciones Consolidadas de 2021, Ley Pública 116-260, div. N, tit. IX, párrafo 904; 47 CFR Parte 54, Subpartes E y P.

**Propósito:** Estamos recopilando esta información personal para verificar su identidad y que califique para el programa Lifeline o programas similares que utilizan ingresos o participación del consumidor en ciertos programas de beneficios gubernamentales como criterios de elegibilidad, como el Programa de Prestación de emergencia para banda ancha. Accedemos, mantenemos y usamos su información personal de la manera descrita en el Aviso del Sistema de Registros Lifeline (SORN), FCC/WCB-1, que fue publicado en 86 Fed. Reg. 11526 (25 de febrero de 2021) y en el SORN del Programa de Prestación de emergencia para banda ancha, FCC/WCB-3, que se publicó en 86 Fed. Reg. 11523 (25 de febrero de 2021).

**Usos rutinarios:** Podemos compartir la información personal que ingrese en este formulario con otras partes para fines específicos, tales como:

- Con contratistas que nos ayudan a operar el programa Lifeline y programas similares que utilizan los ingresos o la participación del consumidor en ciertos programas de beneficios gubernamentales como criterios de elegibilidad, como el Programa de Prestación de emergencia para banda ancha;
- Con otras agencias gubernamentales federales y estatales y agencias tribales que nos ayudan a determinar su elegibilidad de Lifeline y su elegibilidad para programas similares que utilizan los ingresos o la participación del consumidor en ciertos programas de beneficios gubernamentales como criterios de elegibilidad, como el Programa de Prestación de emergencia para banda ancha;
- Con las compañías de telecomunicaciones y los proveedores de banda ancha que le brindan el servicio Lifeline y el servicio bajo un programa similar que utiliza los ingresos o la participación del consumidor en ciertos programas de beneficios federales como criterio de elegibilidad, como el Programa de de Prestación de emergencia para banda ancha;
- Con otras agencias federales u otros órganos administrativos o de adjudicación ante los cuales la FCC está autorizada a comparecer;
- Con las agencias, entidades y personas apropiadas cuando la FCC sospeche o haya confirmado que ha habido una violación de información; y
- Con las fuerzas del orden y otros funcionarios que investigan posibles violaciones de Lifeline y otras reglas del programa.

Una lista completa de las maneras en las que podemos usar su información están publicadas en la SORN de Lifeline descrita en el párrafo "Propósito" de esta declaración.

**Divulgación:** Usted no está obligado a proporcionar la información que solicitamos en este formulario, pero si no lo hace, no será elegible para recibir los servicios de Lifeline según las normas del programa Lifeline, 47 C.F.R., Parte 54, Subparte E, o beneficios bajo el Programa de Prestación de emergencia para banda ancha, 47 C.F.R. Parte 54, Subparte P.