



**저소득층 가구 에너지 비용 보조 프로그램 (LIHEAP) 및
공공요금 할인 프로그램 (UDP) 신청서**

다음 정보를 완성해 주세요. 정보 미완성, 혹은 누락의 경우 신청서가 거부되거나 지연 될 수 있습니다. 본 지원서를 귀하의 소득 증명서, 모든 가족 구성원의 **사회 보장 카드 및 가스, 전기, 전화, 수도세 고지서 사본과 함께** 제출해 주십시오.

1. 사회 보장 번호 #	2. 출생일	3. 신청일	4. 성별: () 남 () 여
5. 신청인 성	6. 신청인 이름	7. 미들 네임	8. 연락 번호
9. 주소	10. Apt #	11. 우편번호	12. Ward
13. ANC			
14.상기 주소는 임시 주소입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
15.주거 유형: () 단독 가구 () 다가구		16. 귀하께서 주택 소유주이십니까? () 예 () 아니오	

17. 주 열원: () 전기 () 가스 () 석유 () 기타 _____ 18. 난방비가 임대료에 포함되어 있습니까? () 예 () 아니오

19. 다음 회사에 지불 [하나(1)를 선택하세요]: PEPCO Washington Gas C&M Oil Griffith/Stuart Oil 기타 _____

20. 계좌 번호: _____

21. 총 가구 규모: _____ 22. 총 연간 가구 소득: _____

주급 격주 급여 월급 반(半) 달 급여 연봉

23. 가구 구성원 소득 사회보장번호(SSN) 연령 장애유무?

24a. 가구 구성원 소득 사회보장번호(SSN) 연령 장애유무?

24b. 가구 구성원 소득 사회보장번호(SSN) 연령 장애유무?

25. PEPCO _____

공급사 명 전기 계정 # (주거 지원할인- RAD) 고지서 상 이름

26. Washington Gas _____

공급사 명 가스 계정 # (주거 필수 서비스 - RES) 고지서 상 이름

27. DC Water _____

공급사 명 수도 계정 # (고객 지원 프로그램 - CAP) 고지서 상 이름

신청서 확인 및 소득 입증 허가:

28. 본 신청서의 모든 정보, 그리고 본 신청서 증거용으로 제출, 또는 제출할 모든 정보는 저의 지식, 능력 및 신념의 최대치에 의거하여 사실이고 정확하며, 완전한 정보임을 맹세, 또는 확인합니다. 허위 기재 시 벌금형 및/또는 구금 등의 처벌을 받을 수 있음을 알고 있습니다. 본 신청서 상의 제 서명으로, 제가 제공한 정보를 입증하기 위해 필요한 경우 DDOE가 모든 당사자와 접촉하는 것을 승인합니다.

29. 에너지 지원 기금이 더 이상 가용하지 않거나, 본 신청서가 거절될 경우, 통보 받을 것임을 알고 있습니다

30. 저는 공익 기업들이 제 계정 번호 및 계정 정보를 공개하는 것을 허가합니다. 여기에는 DDOE 및 DDOE를 대신하여 행동하는 모든 실체가 DDOE에 의해 소비자들에게 제공되는 서비스의 효용성을 평가하는 것을 허용할 목적의 연체금 정보도 포함됩니다.

31. **정보 공개: 저는 DDOE가 공익 기업 및 적격 통신 사업자들(ETCs)에게 요율 분류 목적 및 공공요금 할인 프로그램(UDP)만을 위한 마케팅용으로 제가 재정 지원을 신청할 수 있는 기타 대행사 및 기관에게 입증, 연구, 평가 및 분석 목적으로 제 파일의 정보를 제공하는 것을 허용 _____합니다 _____하지 않습니다.**

서명 _____ 일자 _____

본 신청서의 승인 여부와 관계 없이 공공 요금고지서를 지불하는 것이 저의 의무 사항임을 알고 있습니다.





라이프라인(LIFELINE) 프로그램 신청서

신규 신청 자격 갱신

할인을 받으시려면 귀하의 성함과 계정 상의 고지서 성명이 일치해야 합니다.

1. 사회 보장 번호 #	2. 출생일	3. 신청일	4. 성별: () 남 () 여	
5. 신청인 성	6. 신청인 이름	7. 마들 네임	8. 연락 번호	
9. 주소	10. Apt #	11. 우편번호	12. Ward	13. ANC

14. 고지서 발송주소
 15. 상기 주소는 임시 주소입니까? 예 아니오
 16. 주거 유형: () 단독 가구 () 다가구 17. 총 가구 규모: _____
 18. 총 연간 가구 소득:
 주급 격주 급여 월급 반(半)달 급여 연봉

라이프라인 서비스는 연방 혜택으로서, 본 신청서 상에 의도적으로 허위 진술을 제공하는 경우 벌금, 구금, 프로그램 등록취소 또는 프로그램에서 영구 자격 박탈을 당할 수 있습니다. 동일 주소에 거주하며 소득과 경비를 공유하는 주민들을 위해 1 가구당 1개의 라이프라인혜택만 허용됩니다.

라이프라인 서비스를 지속적으로 받으시려면, 연방 통신 위원회의 요구에 따라 추가 정보를 제공하셔야 합니다; 다음을 읽어주세요. 온전하고 정확한 정보를 제공하지 않으실 경우, 전화요금 할인 서비스나 라이프라인 서비스를 받지 못하실 수도 있습니다.

라이프라인 신청자만 기재. 위증 시 처벌 받는 조건으로 다음을 입증하기 위해 이니셜을 표기하셔야 합니다.

- 1: _____ 저는 가구 소득 지침을 충족하므로 자격이 있습니다. 또는 현재 다음으로부터 보조금을 수령하고 있으므로 자격이 있습니다. (해당되는 곳에 모두 체크하세요): TANF SNAP (푸드 스탬프) 메디케이드 SSI LIHEAP
 연방 공공 주택 지원 (섹션 8) 전국 학교 급식 프로그램 (무상 급식 프로그램)
(가구는 동일 주소에 함께 살며, 소득과 경비를 공유하는 개인 또는 개인으로 구성된 집단으로 정의함)
- 2: _____ 저와 가구 내 어느 누구도 현재 다른 라이프라인 서비스를 Safelink, TracFone, 또는 기타 전화 서비스 제공 기관으로부터 받고 있지 않습니다.
- 3: _____ 만약 저의 소득에 의거하여 혹은 TANF, SNAP (푸드 스탬프), 메디케이드, SSI, LIHEAP, 연방 공공 주택 지원(섹션 8), 또는 전국 학교 급식 프로그램(무상 급식 프로그램) 하에서 보조금을 더 이상 받지 않음으로 인해 라이프라인 신청 자격이 없어지는 경우에는, 30일 내에 적격 통신 회사(ETC)에 통보할 것입니다.
- 4: _____ 저를 포함한 가구 내 다른 구성원이 Safelink, TracFone, 또는 기타 전화 서비스 제공사 등으로부터 1개 이상의 라이프라인 보조금을 수령하는 경우, 30일 내에 ETC에 통보할 것입니다.
- 5: _____ 신규 주소지로 이사할 경우 30일 내에 ETC에 통보하겠습니다.
- 6: _____ 임시 주소를 제공한 경우 해당 주소를 90일 마다 확인하겠습니다.
- 7: _____ 라이프라인 서비스를 받기 위해 허위의 또는 사기성 정보를 제공하는 것은 법에 의한 처벌 대상이 되며, 라이프라인 서비스를 지속적으로 받으려면 매년 자격 갱신을 해야 함을 알고 있습니다.
- 8: _____ 자격 갱신을 하지 못할 경우, 전화 요금할인서비스 프로그램 등록이 취소되고 종료됨을 알고 있습니다.
- 9: _____ 1가구 당 1 라이프라인 서비스 규정을 위반하는 경우, 서비스 프로그램 등록이 취소되고, 정액요금 전화 서비스로 전환될 것입니다.
 라이프라인은 양도 불가능한 지원금입니다. 저의 라이프라인 서비스를 타인에게 양도할 수 없음을 알고 있습니다.

정보 공개: DDOE가 공익기업 및 적격 통신 사업자들(ETCs)에게 요율 분류 목적으로, 공공요금 할인 프로그램(UDP)만을 위한 마케팅용으로, 제가 재정 지원을 신청할 수 있는 기타 대행사 및 기관에게 입증, 연구, 평가 및 분석 목적으로 제 파일의 정보를 제공하는 것을 허용 합니다 하지 않습니다.
 본 신청서의 모든 정보와 본 신청서 증거용으로 제출된 정보들이 저의 능력, 지식 및 신념의 최대치에 의거하여 사실이고 정확하며, 완전함을 맹세 (또는 확인) 합니다. 본 신청서 상의 저의 서명으로, 제가 제공한 정보를 입증하기 위해, 또는 공익기업에 저의 적격성 통보를 위해 필요한 경우 DDOE가 모든 당사자와 접촉하는 것을 승인합니다.

서명 _____ **일자** _____
 본 신청서의 승인 여부와 관계 없이 공공 요금고지서를 지불하는 것이
 저의 의무 사항임을 알고 있습니다.

