



GEORGIA DEPARTMENT
OF COMMUNITY HEALTH



ALLIANCE
FOR BROADBAND
ACCESSIBILITY

ESTÁN ORGULLOSOS DE OFRECER

Programa de Lifeline Wireless

TELÉFONO GRATUITO PARA MIEMBROS DE GEORGIA MEDICAID

¿QUÉ OFRECEMOS?



Teléfono inteligente GRATIS con llamadas y mensajes de texto ilimitados, además de un plan de datos mensual*.



¿QUIÉN PUEDE INSCRIBIRSE?

Todos los miembros de Medicaid son elegibles para el Program Lifeline.

**OBTENGA UN TELÉFONO Y
SERVICIO GRATIS DE 3 A 5 DIAS!**

*Access Wireless es un proveedor de servicios para el programa Lifeline Assistance, financiado por el gobierno. El servicio Lifeline es proporcionado por i-wireless LLC, d / b / a Access Wireless, un proveedor de telecomunicaciones elegible. El servicio Lifeline no es transferible. Solo se puede recibir un descuento Lifeline por hogar, que consiste en un servicio alámbrico o inalámbrico. Un hogar se define, para los propósitos del programa Lifeline, como cualquier individuo o grupo de individuos que viven juntos en la misma dirección y comparten ingresos y gastos. La violación de la regla de uno por hogar constituye una violación de las reglas de la FCC y resultará en la cancelación de la inscripción del cliente en el programa Lifeline. Los consumidores que intencionalmente hagan declaraciones falsas para obtener un beneficio de Lifeline pueden ser sancionados con una multa o encarcelamiento o pueden ser excluidos del programa. Los clientes deben presentar la documentación adecuada que confirme su elegibilidad para el programa Lifeline. La información del cliente se validará con los registros públicos y cualquier discrepancia podría resultar en su aprobación o rechazo del servicio.

1100 Beecher Crossing North, Suite A, Columbus, OH 43230 | 877-277-9021

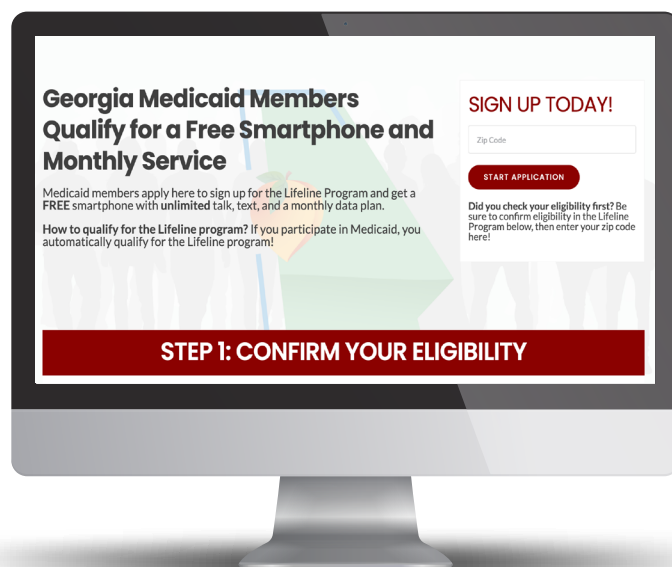


Programa de Lifeline Wireless

¿CÓMO INSCRIBIRSE?

¡Conéctese en línea o
pídale a su CMO,
proveedor o r
epresentante de DCH que
lo ayude a inscribirse hoy!

www.GALifeline.com



Lista de verificación de la aplicación

- ☐ Visite GALifeline.com
- ☐ Ingrese su información exactamente como está en su archivo de Medicaid:
 - ☐ Nombre y Apellido
 - ☐ Fecha de Nacimiento
 - ☐ Dirección de residencia
 - ☐ Últimos 4 dígitos del Número de Seguridad Social
 - ☐ Correo electrónico
- ☐ Firme electrónicamente la solicitud
- ☐ Acepte los términos y condiciones del National Verifier

¿Preguntas?

Visita
GALifeline.com
o llame
877-277-9021