3 easy steps

SafeLink WIRELESS®

Horizon — Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

Horizon NJ Health

FULL CERTIFICATION APPLICATION FOR NEW JERSEY LIFELINE ASSISTANCE PROGRAM

SECTION 1

This offer is for families with a Horizon NJ Health member. You must be 18 or older to fill out this application. Use the information of a parent or guardian for sections 1 and 3. **Do not use your child's information.** If you do, your application will be rejected. Please provide ONLY VALID personal information for ALL (*) REQUIRED FIELDS. It will be validated against public records and any discrepancies will result in REJECTION of your application.

*** Only a parent's or guardian's personal information should be used to complete this application.**

Select if address is temporary: ☐

Please fill in the sections below if you are 18 years or older or applying on behalf of your child.

* Last Name ____ * First Name ____ MI ____

* Last four Digits of Social Security # ____ * Your Birth Date (Month/Day/Year) ___ / ___ / ___ Contact Phone Number ___ – ___ – ___

Member Name _____

Enter full name of the Horizon NJ Health member (REQUIRED)

Plan Features Choose your plan (check one)	☐ 68 FREE Monthly minutes	☐ 125 FREE Monthly minutes	☐ 250 FREE Monthly minutes
Local Calls	✓	✓	✓
National Long Distance	✓	✓	✓
Voice Mail	✓	✓	✓
Roaming at no Additional Cost	✓	✓	✓
Call 911 at no Cost to You	✓	✓	✓
411 Directory Assistance at no Additional Cost	✓	✓	✓
Carryover Minutes from Month to Month	✓	✓	✗**
100+ International Long Distance Destinations*	✓	✗	✗
•Exclusive Features for Horizon NJ Health Members			
Unlimited Nationwide Text Messages***	✓	✓	✓
Interactive, Daily Health Alert Messages	✓	✓	✓
Outbound Calls to Member Services	✓	✓	✓

SafeLink WIRELESS®

* List of destinations available at www.safelink.com

** If you choose this plan, your unused minutes will be removed/wiped out and will not carry-over on your next monthly minutes delivery. However, if you purchase and redeem additional minutes cards, all unused minutes will carry over for three consecutive months.

*** Subject to Terms and Conditions

HORI

SECTION 2

Horizon NJ Health will confirm your eligibility.

I hereby certify that I participate in the following public assistance program:

SafeLink® is a Lifeline supported service. Lifeline is a federal benefit, and only eligible subscribers may enroll. Customers who willfully make false statements in order to obtain the benefit can be punished by fine or imprisonment or can be barred from the program.

Lifeline is available for only one line per household. A household is defined as any individual or group of individuals who live together at the same address and share income and expenses. A household is not permitted to receive Lifeline benefits from multiple providers. Violation of the one-per-household rule constitutes a violation of FCC rules and will result in the Customer's disenrollment from Lifeline. Lifeline is a non-transferable benefit, and a Customer may not transfer his or her benefit to another person.

☐ Check this box if you would like to receive pre-recorded special offers and promotional offers from TracFone at the Contact Telephone number provided above.

SECTION 3

You MUST check off (✔) all statements, then Sign and Date application. (Your application cannot be approved without these items.)

I certify under penalty of perjury to each of the following:

Boxes MUST be checked off

- ☐ I, or a member of my household, participate in the above designated qualifying program.
- ☐ I understand that I must notify SafeLink® within 30 days if I no longer participate in the qualifying program, if I or another member of my household obtains Lifeline supported service from another carrier, or if I no longer qualify for Lifeline support.
- ☐ I understand I may be required to recertify my continued eligibility for Lifeline at any time, and failure to do so will result in termination of my Lifeline benefits.
- ☐ If I change my address, I will provide my new address to SafeLink® within 30 days.
- ☐ I understand that my household may receive only one Lifeline supported service. My Household does not currently receive Lifeline Service OR my household currently receives Lifeline Service from another carrier and I authorize SafeLink to transfer my Lifeline benefit to SafeLink and I understand this will terminate my Lifeline benefits with my existing carrier.
- ☐ The information contained in this application is true and accurate to the best of my knowledge, and I acknowledge that providing false or fraudulent information to obtain Lifeline benefits is punishable by law.

You are authorizing SafeLink Wireless or its duly appointed representative to (1) Obtain and use information from my Medicaid provider to confirm my initial and ongoing eligibility for Lifeline assistance; (2) access any records required to verify my statements herein; (3) update my address to a proper mailing address format; (4) provide my name, telephone number and address to the Universal Service Administrative Company (USAC) (the administrator of the program) and its agents for the purpose of verifying that I do not receive more than one Lifeline benefit; and (5) authorize social service agency representatives to discuss with and/or provide information to SafeLink Wireless® verifying my participation in benefit programs that qualify me for Lifeline assistance.

SafeLink service is offered pursuant to SafeLink Terms and Conditions, which can be found at www.safelink.com

By signing below, I separately affirm and agree to each of the above statements.

Applicant Signature _____ **Date** _____

For questions please call 1-877-631-2550 **Fax application to: 1-866-902-5756** **Promo Code:**

For Spanish: 888-230-0790

Mail application to: SafeLink Wireless® • PO Box 220009 • Milwaukie, OR 97269-0009

To get your phone faster apply at www.safelink.com and enter the promo code above where requested

3 pasos simples

SafeLink WIRELESS®

Horizon. Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

Horizon NJ Health

APLICACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN COMPLETA PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA LIFELINE DE NEW JERSEY

SECCIÓN 1

Esta oferta es para las familias con un miembro de Horizon NJ Health. Usted debe tener 18 años o más para llenar esta aplicación. Use la información del padre o tutor para las secciones 1 y 3. **No use la información de su hijo.** Si lo hace, su aplicación será rechazada. Proporcione SÓLO información personal válida en TODOS LOS (*) CAMPOS REQUERIDOS. Se validará de acuerdo a registros públicos y cualquier discrepancia resultará en el RECHAZO de su solicitud.

*** Sólo la información personal del padre o tutor debe ser usada para llenar esta aplicación.**

Seleccione si la dirección es temporal: ☐

Por favor, complete las secciones a continuación si usted tiene 18 años o más o esta aplicando de parte de su hijo.

* Apellido

* Primer Nombre

SI

* Últimos Cuatro Dígitos de su Seguro Social

* Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) / /

N.º de Teléfono de Contacto – –

Nombre del miembro _____

Escriba el nombre completo del miembro de Horizon NJ Health

Características del plan Escoja su plan (marque uno)	☐ 68 Minutos GRATIS cada mes	☐ 125 Minutos GRATIS cada mes	☐ 250 Minutos GRATIS cada mes
Llamadas Locales	✓	✓	✓
Larga Distancia Nacional	✓	✓	✓
Buzón de Voz	✓	✓	✓
Roaming sin Costo Adicional	✓	✓	✓
911 Para Usted sin Ningún Costo	✓	✓	✓
Asistencia de Directorio 411 sin Costo Adicional	✓	✓	✓
Minutos Transferibles Mes a Mes	✓	✓	✗ **
Llamadas Internacionales a Más de 100 Destinos*	✓	✗	✗
• Ofertas exclusivas para miembros de Horizon NJ Health			
Mensajes de Texto Nacional Ilimitados***	✓	✓	✓
Mensajes de Alerta de Salud Interactivos	✓	✓	✓
Llamadas Gratis a Servicios para Miembros	✓	✓	✓

SafeLink WIRELESS®

* Lista de destinos disponible en www.safelink.com

** Si elige este plan, todos los minutos que no use serán removidos/borrados y no se acumularán en la próxima entrega de minutos. Sin embargo, si compra y carga tarjetas de minutos adicionales, todos los minutos que no use se acumularán hasta tres meses consecutivos.

*** Sujeto a Términos y Condiciones

SECCIÓN 2

Horizon NJ Health confirmará su elegibilidad.

Yo certifico que pertenezco al siguiente programa de asistencia pública:

SafeLink® es un servicio apoyado por el beneficio Federal de Lifeline, al cual sólo pueden inscribirse suscriptores calificados. Los clientes que intencionalmente hagan falsas testimonios para obtener este beneficio pueden ser sancionados con una multa o encarcelamiento o pueden ser excluidos de recibir este beneficio.

Lifeline sólo ofrece una línea telefónica por hogar. Un hogar se define como cualquier individuo o grupo de individuos que viven juntos en la misma dirección y comparten sus ingresos y gastos. No está permitido que un hogar reciba el beneficio Lifeline de múltiples proveedores. El incumplimiento de la regla "one-per-household" (uno por hogar) constituye una violación de las regulaciones de la FCC y resultará en la cancelación del servicio Lifeline. El beneficio Lifeline no es transferible, y un cliente no puede transferir su beneficio a otra persona.

☐ Marque la caja si le gustaría recibir ofertas especiales y promociones de TracFone al número de teléfono proporcionado en su información de contacto.

SECCIÓN 3

DEBE colocar una marca de verificación (✔) en cada declaración, después su firma y fecha. (Su aplicación no puede ser aprobada sin estos requisitos.)

Yo certifico bajo pena de perjurio que:

DEBE colocar una marca de verificación

- ☐ Yo, o un miembro de mi hogar, participo en el programa que me califica seleccionado anteriormente.
- ☐ Entiendo que debo notificar a SafeLink® en un periodo de 30 días cuando deje de participar en el programa que me califica, si yo u otro miembro de mi hogar obtiene un servicio sustentado por Lifeline de otro proveedor, o si por cualquier otra razón, no sigo calificando para recibir el servicio lifeline.
- ☐ Entiendo que me pueden solicitar que recertifique que sigo siendo elegible para recibir el servicio Lifeline en cualquier momento, y no hacerlo resultará en la cancelación de mis beneficios Lifeline.
- ☐ Si cambio mi dirección postal, proveeré mi nueva dirección a SafeLink® en un periodo de 30 días.
- ☐ Entiendo que mi hogar puede recibir sólo un servicio apoyado por Lifeline. Mi hogar no recibe actualmente el Servicio Lifeline o mi hogar actualmente recibe el Servicio Lifeline de otra compañía y yo autorizo a SafeLink a transferir mi beneficio Lifeline a SafeLink, y entiendo que esto terminará mis beneficios de Lifeline con mi compañía existente.
- ☐ La información contenida en esta aplicación es verídica y correcta según mi conocimiento y entiendo que proveer información falsa y fraudulenta para obtener beneficios Lifeline está penado por la ley.

Usted está autorizando a SafeLink Wireless o a su representante designado para (1) Obtener y utilizar la información de mi proveedor de Medicaid para confirmar mi elegibilidad inicial y continua para la asistencia Lifeline; (2) acceder a los archivos necesarios para verificar mis declaraciones; (3) actualizar mi dirección en un formato de dirección postal; (4) proveer mi nombre, número de teléfono, y dirección a Universal Service Administrative Company (USAC)-el administrador del programa-y/o sus agentes con el propósito de verificar que no recibo más de un beneficio Lifeline, y; (5) autorizo a representantes de las agencias de servicios sociales a discutir y /o proveer información a SafeLink Wireless® verificando mi participación en programas de beneficios que me califican para recibir la asistencia Lifeline.

El servicio SafeLink es ofrecido de acuerdo con los Terminos y Condiciones de SafeLink, localizados en www.safelink.com

Firmando a continuación, afirmo y estoy de acuerdo con cada una de las declaraciones anteriores.

Firma del solicitante _____ **FECHA** _____

Para preguntas llame al 1-877-631-2550 **Por FAX al: 1-866-902-5756** **Código de Promoción:**

Para Español: 888-230-0790

Devolver este formulario a: SafeLink Wireless® ◆ PO Box 220009 ◆ Milwaukie, OR 97269-0009

Para obtener su teléfono con mayor brevedad aplique en www.safelink.com e introduzca el código de promoción anterior

1182919