

Formulario del Programa de Conectividad Asequible (ACP)

El programa ACP es un programa gubernamental que reduce la factura del servicio de acceso a Internet de banda ancha del cliente.

Los clientes que califiquen son responsables del resto de los cargos mensuales después de aplicar el descuento.

Los clientes que califiquen pueden cambiar su proveedor de beneficios ACP en cualquier momento.

Los clientes que califiquen estarán sujetos a las tarifas completas sin descuento ya los términos y condiciones generales cuando ya no califiquen para el descuento, si continúan con el servicio de Internet. Estas tarifas, términos y condiciones están contenidos en la Aplicación de Internet de PTCI. Cualquier plan de Internet actualmente disponible en su ubicación califica para el descuento. Los planes de Internet de PTCI se pueden encontrar en www.ptci.net/internet/plans/. Puede cambiar o cancelar su plan en cualquier momento, sin cargo por cancelación anticipada.

Whole Home WiFi en todas las ubicaciones - Cargo recurrente mensual completo-\$ 9.95 (se usa junto con el plan de Internet para la conexión inalámbrica a dispositivos compatibles).

Instalación gratuita para clientes que califiquen.

El descuento máximo que se aplicará a estos planes para clientes que califiquen es de \$30.00 por mes en tierras no tribales y de \$75.00 por mes en tierras tribales. El cliente es responsable del resto de los cargos mensuales después de aplicar el descuento.

Su servicio de internet puede cancelarse después de 90 días consecutivos de falta de pago.

Cuando esté inscrito en el programa, su información de identificación personal se ingresará en la Base de Datos Nacional de Rendición de Cuentas de Lifeline (NLAD)

Reconozco que he leído y entiendo las condiciones del programa ACP. Elijo optar en.

Información Requerida:

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Nombre del Cliente (imprimir): _____

ID de Aplicación: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Últimos 4 de SSN: _____

Email: _____

Número de Teléfono: _____

Dirección Residencial: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre del Dependiente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Últimos 4 de SSN: _____

Notes (Office Use Only):