

Инструкции по подаче заявки на участие в программе Emergency Broadband Benefit (Форма FCC 5638)

Страница 1. О программе Emergency Broadband Benefit

Программа Emergency Broadband Benefit (EBB) — это временная федеральная правительственная программа, предусматривающая ежемесячную скидку на услуги широкополосной связи и, при наличии таковой, разовую скидку на подключаемое к Интернету устройство для правомочных малообеспеченных потребителей на период пандемии COVID-19.

Правила

Правомочное домохозяйство может получать ежемесячное пособие по программе EBB для покрытия стоимости интернет-услуг в размере до 50 долларов США (на соответствующих племенных землях — до 75 долларов США). В рамках этой программы поставщик услуг может также предложить однократное пособие на подключаемое к Интернету устройство в размере до 100 долларов для покупки настольного компьютера, планшета или ноутбука с вашей доплатой от 10 до 50 долларов США.

Эта временная программа действует до тех пор, пока не закончатся средства фонда или через шесть месяцев после того, как Секретарь Министерства здравоохранения и социального обеспечения объявит об окончании пандемии COVID-19.

Ваше домохозяйство может получить пособие по программе EBB только от одного поставщика услуг. Пособие по программе EBB выплачивается на домохозяйство, **а не отдельного человека**. Если в программе EBB участвует несколько человек из вашего домохозяйства, вы нарушаете правила FCC и теряете право на пособие.

Программа Emergency Broadband Benefit действует отдельно от программы FCC Lifeline Program. Если ваше домохозяйство имеет право на участие в обеих программах, вы можете подать заявление и получить оба пособия.

Примечание. Поставщики услуг широкополосной связи также должны соответствовать определенным критериям для участия в программе EBB.

Обратитесь к своему поставщику услуг, чтобы узнать, принимает ли он участие. Если вы ищете поставщика услуг, посетите раздел [Companies Near Me](#) (Компании рядом), чтобы найти участника программы в вашем районе.

Что такое домохозяйство?

Домохозяйство — это группа людей, которые живут вместе и имеют общие доходы и расходы (даже если они не связаны друг с другом).

Не передавайте свое пособие другому человеку.

Пособие по программе EBB не подлежит передаче. Вы не можете передать свое пособие другому человеку, даже если он имеет право на участие в программе EBB.

Сообщайте только достоверные данные в этой форме.

Вы должны предоставлять точную и правдивую информацию в данной и во всех других формах или анкетах, связанных с программой EBB. Если вы сообщите ложную или мошенническую информацию, вы потеряете пособие (т.е. лишитесь права на участие в программе или будете исключены из нее), и Правительство США может подать против вас иск в суд. Это могут быть, в частности, штрафы или тюремное заключение.

Возможно, вам понадобится предоставить иные документы.

Если администратор программы EBB, проверив доступные электронные ресурсы (в том числе базы данных правомочных участников для партнеров правительственного агентства FCC), не может подтвердить, что вы или член вашего домохозяйства правомочен участвовать в программе, вам, возможно, потребуется предоставить дополнительные документы. Например, вам может понадобиться предоставить официальный документ, подтверждающий ваше участие в соответствующей государственной программе помощи, ваш доход или вашу личность.

Как подать заявку

Чтобы подать заявку на участие в программе EBB, заполните необходимые разделы этой формы, подпишите каждое заявление о согласии, а также поставьте подпись на странице 7. Для ускоренной обработки вы также можете подать заявку онлайн на сайте GetEmergencyBroadband.org.

Отправьте форму по этому адресу:

USAC

Emergency Broadband Support Center

P.O. Box 7081

London, KY 40742

Страница 2. Личная информация

Все поля обязательны для заполнения, если не указано иное. При заполнении данной формы используйте только ЗАГЛАВНЫЕ БУКВЫ и черные чернила.

1. **Ваше полное имя по документам** Напишите свое имя в первой строке, второе имя (необязательно) во второй строке первого набора полей и фамилию в третьей строке. Укажите нужный суффикс (необязательно) во второй строке второго набора полей. Используйте свое полное имя по официальным документам. Не указывайте прозвища.
2. **Ваш номер телефона** Введите свой номер телефона (если есть).
3. **Ваша дата рождения** Введите по порядку ваш месяц, дату и год рождения.
4. **Ваш адрес электронной почты?** Если у вас есть адрес электронной почты, введите его здесь. Рекомендуется указать адрес электронной почты, чтобы компания USAC могла отправлять вам обновления статуса вашей заявки.
5. **Подтверждение личности.** Пожалуйста, выберите один из следующих вариантов для подтверждения личности.
 - a. **Номер социального страхования.** Если вы хотите подтвердить свою личность с помощью номера социального страхования, поставьте галочку слева от этого подраздела и введите последние четыре цифры номера социального страхования (SSN4) в соответствующее поле, которое появится ниже. Обратите внимание, что ввод номера социального страхования не обязателен для участия в программе

Emergency Broadband Benefit, но при его наличии ваша заявка будет обработана быстрее.

ИЛИ

- b. Племенной идентификационный номер.** Если вы хотите использовать для подтверждения личности племенной идентификационный номер, поставьте галочку слева от этого подраздела и введите номер в поле, которое появится ниже.

ИЛИ

- c. Другая форма идентификации.** Если вы хотите подтвердить свою личность с помощью другой формы идентификации — водительских прав, военного билета, паспорта, индивидуального номера налогоплательщика (ITIN) или иного удостоверения государственного образца — поставьте галочку слева от этого подраздела, а затем пометьте галочкой соответствующую категорию документа. Подгрузите скан-копию или фотографию документа к своему заявлению.

Водительские права

Военный билет

Паспорт

Индивидуальный номер налогоплательщика (ITIN)

Иное удостоверение государственного образца

Страница 3. Личная информация (продолжение)

6. **Ваш домашний адрес** Напишите свой домашний адрес. Это должен быть адрес, по которому вы будете получать услуги, а не абонентский ящик. Он должен включать номер вашей улицы и имя в первой строке, номер вашей квартиры или блока (если есть) во второй строке первого набора полей, город во второй строке второго набора полей, аббревиатуру штата в третьей строке первого набора полей и почтовый индекс в третьей строке второго набора полей.
7. **Это ваш временный адрес?** Поставьте галочку для ответа Yes (Да) или No (Нет).
8. Если вы живете на землях племен, поставьте галочку для вопроса 8. К землям племен относятся все признанные на федеральном уровне резервации индейских племен, пуэбло или колонии, включая бывшие резервации в Оклахоме; регионы проживания коренных народов Аляски, созданные в соответствии с Законом по разрешению земельных требований коренных народов Аляски (стат. 85, п. 688); участки государственной земли, переданной федеральной властью в собственность индейским семьям; гавайские хоумленды — районы, находящиеся в ведении штата Гавайи по доверенности коренных народов Гавайев в соответствии с законом Hawaiian Homes Commission Act (1920 г., 9 июля 1921 г., стат. 42, п. 108 и далее, с поправками); и любые земли, обозначенные FCC как таковые в соответствии с процессом определения в правилах программы Lifeline от FCC. Карта соответствующих земель племен доступна на сайте USAC:
https://www.usac.org/wpcontent/uploads/lifeline/documents/tribal/fcc_tribal_lands_map.pdf.
9. **Ваш почтовый адрес** Введите ваш почтовый адрес только в случае, если он отличается от домашнего адреса. Он должен включать номер вашей улицы и имя в первой строке, номер вашей квартиры или блока (если есть) во второй строке первого набора полей, город во второй строке второго набора полей, аббревиатуру штата в третьей строке первого набора полей и почтовый индекс в третьей строке второго набора полей.

Страница 4. Правомочное лицо для получения пособия

10. Этот раздел заполняется только в том случае, если заявка подается от имени ребенка или иждивенца. Если вы подаете заявку от имени ребенка или иждивенца, поставьте галочку в этом вопросе.
11. **Его полное имя по документам** Введите полное имя (по документам) ребенка или иждивенца в первой строке, второе имя (необязательно) во второй строке первого набора полей и фамилию в третьей строке. Укажите нужный суффикс (необязательно) во второй строке второго набора полей.
12. **Его дата рождения** Введите по порядку его месяц, дату и год рождения.
13. **Подтверждение личности.** Пожалуйста, выберите один из следующих вариантов для подтверждения личности ребенка или иждивенца.
 - a. **Номер социального страхования.** Если вы хотите подтвердить его личность с помощью номера социального страхования, поставьте галочку слева от этого подраздела и введите последние четыре цифры номера социального страхования (SSN4) в соответствующее поле, которое появится ниже. Обратите внимание, что ввод номера социального страхования не обязателен для участия в программе Emergency Broadband Benefit, но при его наличии ваша заявка будет обработана быстрее.
ИЛИ
 - b. **Племенной идентификационный номер.** Если вы хотите использовать для подтверждения его личности племенной идентификационный номер, поставьте галочку слева от этого подраздела и введите номер в поле, которое появится ниже.
ИЛИ
 - c. **Другая форма идентификации.** Если вы хотите подтвердить его личность с помощью другой формы идентификации — водительских прав, военного билета, паспорта, индивидуального номера налогоплательщика (ITIN) или иного удостоверения государственного образца — поставьте галочку слева от этого подраздела, а затем пометьте галочкой соответствующую категорию документа. Подгрузите скан-копию или фотографию документа к своему заявлению.
 - Водительские права
 - Военный билет
 - Паспорт
 - Индивидуальный номер налогоплательщика (ITIN)
 - Иное удостоверение государственного образца

Страница 5. Право на участие в программе ЕВВ

Заполните этот раздел, чтобы показать, что вы, ваш иждивенец или кто-либо из членов вашего домохозяйства имеет право на участие в программе ЕВВ. Вы можете получить право на участие благодаря определенным программам государственной помощи или уровню вашего дохода (необязательно отвечать обоим требованиям). При отправке этой формы приложите документы, показывающие, что вы участвуете в одной из выбранных вами программ или имеете право на основании вашего дохода. Список принимаемых документов см. на странице [GetEmergencyBroadband.org/Documents](https://www.getemergencybroadband.org/Documents).

14. **Право на участие в рамках программы государственной помощи.** Поставьте галочки рядом со всеми программами, которые есть у вас или кого-то из членов вашего домохозяйства:

- a. Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, другое название — Food Stamps)
- b. Supplemental Security Income (SSI)
- c. Medicaid
- d. Federal Public Housing Assistance (FPHA)
- e. Программы Veterans Pension или Survivors Benefit Plan
- f. Федеральный грант Пелла на текущий год
- g. Программы Free and Reduced Price School Lunch Program или School Breakfast Program на 2019-20 или 2020-21 учебные годы При выборе этого варианта введите название вашей школы, школьного округа и штата.

Племенные программы

- h. Программа General Assistance от Бюро по делам индейцев (BIA)
- i. Tribal Temporary Assistance for Needy Families (Tribal TANF)
- j. Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)
- k. Tribal Head Start (только для домохозяйств, удовлетворяющих стандарту по доходу)

ИЛИ

Страница 6. Право на участие в программе EBB (продолжение)

15. **Право на участие из-за существенной потери доходов.** Поставьте галочку рядом с номером 15, если вы или кто-либо из членов вашего домохозяйства пострадали от существенного снижения доходов в связи с потерей работы или увольнением с 29 февраля 2020 года и ваш общий семейный доход в 2020 году был не более 99 000 долларов США для одного заявителя или 198 000 долларов США для лиц, подающих совместную заявку. Если вы поставили галочку рядом с этим полем, вам не нужно заполнять остальную часть страницы.

ИЛИ

Право на участие на основе уровня дохода домохозяйства. Если вы считаете, что имеете право на участие в программе EBB на основе вашего дохода, ответьте на вопросы 16 и 17. Вы имеете право на участие, если ваш доход не превышает 135% от федерального уровня бедности на 2021 год. Федеральный уровень бедности обычно обновляется в конце января.

16. **Сколько человек проживает в вашем домохозяйстве, включая вас?** Поставьте галочку рядом с соответствующим номером.
17. **Ваш доход не превышает суммы, указанной для вашего штата и размера вашего домохозяйства?** Найдите лимиты дохода для программы EBB, пройдя по линии напротив численности вашего домохозяйства. Поставьте галочку для ответа Yes (Да) или No (Нет), чтобы указать, превышает ваш доход указанное число или нет. Первый столбец — для домохозяйств в 48 штатах, округе Колумбия и на территориях США. Второй столбец — это лимит дохода для Аляски, а третий — для Гавайев.

Страница 7. Согласия

Поставьте инициалы рядом с каждым полем, чтобы согласиться с утверждением. Под страхом наказания за лжесвидетельство я соглашаюсь со следующими утверждениями:

18. Я (или мой иждивенец или другое лицо в моем домохозяйстве) в настоящее время получаю пособие по государственной программе (одной или несколькими), перечисленным в этой форме, пострадал(-а) от существенной потери дохода с 29 февраля 2020 года, или мой годовой доход домохозяйства не превышает 135% от федерального уровня бедности (суммы, указанной в таблице федеральных уровней бедности в этой форме).

19. В случае переезда я соглашаюсь в течение 30 дней предоставить поставщику услуг свой новый адрес.
20. Я обязуюсь в течение 30 дней сообщить своему поставщику услуг об утрате права на участие в программе EBB, в том числе:
 - 1) Я или член моего домохозяйства, имеющий право на участие, больше не отвечает критериям для государственной программы или дохода.
 - 2) Я или член моего домохозяйства получает более одного пособия по программе EBB.
21. Я знаю, что мое домохозяйство может получить только одно пособие по программе EBB, и, насколько мне известно, моя семья получает не более одного пособия по программе EBB. Я понимаю, что могу получить только одно подключаемое к Интернету устройство (настольный ПК, ноутбук или планшет) через программу EBB, даже если поменяю поставщика EBB.
22. Я соглашаюсь, что вся информация, которую я предоставляю в этой форме, может быть собираться, использоваться, передаваться и сохраняться для целей подачи заявки на участие в программе EBB и/или получения пособия по программе EBB. Я понимаю, что если эта информация не будет предоставлена администратору программы, я не смогу получить пособие по программе EBB. Если таково требование законодательства моего штата или правительства племени, я соглашаюсь с тем, что правительство штата или племени может передавать администратору программы EBB информацию о моих пособиях по соответствующей программе. Информация, предоставленная правительством штата или племени, будет использоваться только для выяснения того, могу ли я получить пособие по программе EBB.
23. Что касается моего домохозяйства, я подтверждаю и понимаю, что программа EBB является временной субсидией федерального правительства, которая уменьшает мой счет за услуги широкополосного доступа к Интернету и если по завершении программы мое домохозяйство, продолжит пользоваться услугой, оно будет подпадать под действие обычных тарифов без скидки, условий и положений поставщика.
24. Все ответы и согласия, предоставленные в этой форме, на основании известной мне информации являются верными.
25. Я знаю, что намеренное предоставление ложной или мошеннической информации для получения пособия по программе EBB преследуется по закону и может привести к штрафам, тюремному заключению, исключению из программы или запрета участия в ней.
26. Я достоверно указал(-а) информацию о том, являюсь ли я жителем земель племен согласно определению в разделе «Личная информация» этой формы.
27. **Подпись:** Подпишите форму.
28. **Сегодняшняя дата:** Укажите сегодняшнюю дату.

Страница 8. Сведения о представителе и Положение Закона о неприкосновенности частной жизни

Заполняется только в случае, если данную форму отправляет представитель поставщика услуг.

29. **Ваш идентификатор представителя** Представитель поставщика услуг, который отправляет эту форму, должен ввести свой идентификатор представителя, зарегистрированный в базе данных Representative Accountability Database.

Положение Закона о неприкосновенности частной жизни

В этом Положении Закона о неприкосновенности частной жизни объясняется, как мы собираемся использовать личную информацию, которую вы вносите в эту форму.

Закон о неприкосновенности частной жизни — это закон, который требует, чтобы Федеральная комиссия по связи (FCC) и Universal Service Administrative Company (USAC) объяснили, почему мы запрашиваем у лиц личную информацию и что мы собираемся делать с этой информацией после ее получения.

Источник права: 47 U.S.C. §254; Закон о консолидированных ассигнованиях, 2021 г., Публичный закон 116–260, разд. N, подр. IX, § 904; 47 CFR, Раздел 54, подразделы E и P.

Назначение: мы собираем эту личную информацию, чтобы мы могли подтвердить вашу личность и право на участие в программе Lifeline или ее аналогах, где в качестве критериев права на участие используется доход или участие потребителей в определенных программах государственных льгот, таких как программа Emergency Broadband Benefit. Мы читаем, сохраняем и используем вашу личную информацию в порядке, который описан в уведомлении системы регистрации (SORN) программы Lifeline, FCC / WCB-1, опубликованном в Федеральном регистре 86 за № 11526 (25 февраля 2021 г.), и уведомлении SORN программы Emergency Broadband Benefit, FCC/WCB-3, опубликованном в Федеральном регистре 86 за № 11523 (25 февраля 2021 г.).

Обычное использование: мы можем передавать личную информацию, которую вы вносите в эту форму, другим лицам для определенных целей, например:

- Подрядчикам, которые помогают нам управлять программой Lifeline и ее аналогами, где в качестве критериев права на участие используется доход или участие потребителей в определенных программах государственных льгот, таких как программа Emergency Broadband Benefit.
- Другим федеральным и государственным правительственным учреждениям и агентствам по делам племен, которые помогают нам определить ваше право на участие в программе Lifeline и ее аналогах, где в качестве критериев права на участие используется доход или участие потребителей в определенных программах государственных льгот, таких как программа Emergency Broadband Benefit.
- Телекоммуникационным компаниям и поставщикам широкополосного доступа, которые предоставляют услуги Lifeline и аналогичной программы, где в качестве критериев права на участие используется доход или участие потребителей в определенных программах государственных льгот, таких как программа Emergency Broadband Benefit.
- Другим федеральным агентствам или другим административным или судебным органам, перед которыми FCC имеет право выступать.
- Соответствующим агентствам, организациям и лицам, когда FCC подозревает или подтвердила факт утечки информации; а также
- Правоохранительным органам и другим должностным лицам, расследующим возможные нарушения правил программы Lifeline и других программ.

Полный список способов использования вашей информации опубликован в уведомлениях SORN программ Lifeline и Emergency Broadband Benefit, описанных в параграфе «Назначение» данного заявления.

Разглашение информации. Вы не обязаны предоставлять информацию, которую мы запрашиваем, но если вы этого не сделаете, то не будете иметь права на получение услуг Lifeline в соответствии с правилами программы Lifeline, 47 C.F.R. Раздел 54, подраздел E, или пособия в рамках программы Emergency Broadband Benefit, 47 C.F.R. Раздел 54, подраздел P.

По любым вопросам обращайтесь в компанию Universal Service Administrative Company

Веб-сайт: [GetEmergencyBroadband.org](https://www.getemergencybroadband.org)

Телефон: позвоните в центр поддержки программы Emergency Broadband Support Center по телефону 1-833-511-0311