

Instruções para inscrição no Programa de Benefícios de Banda Larga de Emergência (Formulário 5638 da FCC)

Página 1: Sobre o Programa de Benefícios de Banda Larga de Emergência

O Programa de Benefícios de Banda Larga de Emergência (Programa EBB) é um programa temporário do governo federal que oferece um desconto mensal em serviços de banda larga e, quando disponível, um desconto único em um dispositivo conectado para qualificar consumidores de baixa renda durante a pandemia de COVID-19.

Regras

Se você se qualificar, seu domicílio poderá receber um benefício mensal do Programa EBB de até US\$ 50 para cobrir o custo do seu serviço de internet (até US\$ 75 em terras tribais qualificadas). Por meio do programa, o provedor de serviços também poderá oferecer um dispositivo de conexão única à internet de até US\$ 100 para um computador desktop, tablet ou laptop cobrindo parte do custo em mais de US\$ 10 e menos de US\$ 50.

Esse programa é temporário e vai expirar quando o fundo ficar sem dinheiro ou em seis meses após o Secretário do Departamento de Saúde e Serviços Humanos declarar o fim da pandemia da COVID-19.

Seu domicílio não pode obter o benefício do Programa EBB de mais de um provedor de serviços. Você só tem permissão para obter um benefício do Programa EBB por domicílio, **não por pessoa**. Se mais de uma pessoa em sua residência participar do Programa EBB, você estará violando as regras da FCC e perderá seu benefício.

O Programa de Benefícios de Banda Larga de Emergência é independente do Programa Lifeline da FCC. Se seu domicílio se qualificar para os dois programas, você poderá se inscrever e receber os dois benefícios.

Nota: Os provedores de serviço de banda larga também devem atender a certos critérios para participar do Programa EBB.

Verifique com seu provedor de serviços para determinar se ele participa. Se você estiver procurando por um provedor de serviços, visite [Companies Near Me](#) (Empresas perto de mim) para encontrar um provedor de serviços participante em sua região.

O que é um domicílio?

Um domicílio é um grupo de pessoas que vivem juntas e compartilham renda e despesas (mesmo que não sejam parentes).

Não dê seu benefício para outra pessoa

O benefício do Programa EBB é intransferível. Você não pode dar seu benefício para outra pessoa, mesmo que ela se qualifique para o Programa EBB.

Seja honesto neste formulário

Forneça informações precisas e verdadeiras no formulário e em todos os formulários ou questionários relacionados ao Programa EBB. Se você fornecer informações falsas ou fraudulentas, perderá seu benefício (ou seja, cancelamento da inscrição ou ser impedido de participar do programa) e o governo

dos Estados Unidos poderá tomar medidas legais contra você. Isso pode incluir (mas não está limitado a) multas ou prisão.

Você pode precisar mostrar outros documentos

Se o Administrador do programa EBB não for capaz de validar que você ou alguém em seu domicílio se qualifica, verificando os recursos eletrônicos disponíveis (incluindo bancos de dados de elegibilidade para parceiros de agências governamentais da FCC), você talvez precise fornecer documentos adicionais. Por exemplo, você talvez precise fornecer um documento oficial que comprove sua participação em um programa de assistência governamental qualificado, sua renda ou sua identidade.

Como se inscrever

Para se inscrever no Programa EBB, preencha as seções obrigatórias deste formulário, rubriche cada declaração de contrato e assine na página 7. Você também pode se inscrever on-line em GetEmergencyBroadband.org para um processamento mais rápido.

Envie o formulário para este endereço:

USAC

Emergency Broadband Support Center

P.O. Box 7081

London, KY 40742

Página 2: Suas informações

Todos os campos são obrigatórios, exceto se indicado o contrário. Use somente LETRAS MAIÚSCULAS e caneta preta para preencher este formulário.

1. **Qual é o seu nome legal completo?** Insira seu nome na primeira linha, nome do meio (opcional) na segunda linha do primeiro bloco e seu sobrenome na terceira linha. Inclua qualquer sufixo (opcional) na segunda linha do segundo bloco. Use seu nome completo e legal conforme usado nos documentos oficiais. Não use um apelido.
2. **Qual é o seu número de telefone?** Digite seu número de telefone, se tiver um.
3. **Qual a sua data de nascimento?** Digite o mês, a data e o ano de seu nascimento, nessa ordem.
4. **Qual é o seu endereço de e-mail?** Se tiver um endereço de e-mail, informe-o aqui.
Recomendamos que você forneça um endereço de e-mail para que o USAC possa enviar atualizações de status de sua inscrição.
5. **Verificação de identidade.** Selecione um dos seguintes itens para verificação de sua identidade.
 - a. **Número da Previdência Social.** Se você quiser verificar sua identidade usando seu Número da Previdência Social, marque a caixa à esquerda desta subseção e digite os últimos quatro dígitos do seu Número da Previdência Social (SSN4) no espaço fornecido logo abaixo. Observe que os Números da Previdência Social não são obrigatórios para a participação no Programa de Benefícios de Banda Larga de Emergência, mas com o uso de um Número da Previdência Social, sua aplicação será processada mais rapidamente.
OU
 - b. **Número de identificação tribal.** Se você quiser verificar sua identidade usando um Número de identificação tribal, marque a caixa à esquerda desta subseção e digite o número no espaço fornecido logo abaixo.
OU

- c. **Outra forma de identificação.** Se você quiser verificar sua identidade usando outra forma de identificação, incluindo Carteira de habilitação, Identificação militar, Passaporte, Número de Identificação do Contribuinte (Taxpayer Identification Number, ITIN) ou outra forma de identificação governamental, marque a caixa à esquerda desta subseção e selecione a caixa da categoria correspondente abaixo. Inclua uma cópia digitalizada ou foto de sua forma de identificação escolhida juntamente com sua inscrição.

Carteira de habilitação

Identificação militar

Passaporte

Número de Identificação do Contribuinte (ITIN)

Outra forma de identificação governamental

Página 3: Suas informações (continuação)

6. **Qual é o seu endereço residencial?** Insira seu endereço residencial. Este será o endereço onde você receberá o serviço e não pode ser uma caixa postal. Inclua o nome da rua e número da residência na primeira linha, o número do apartamento ou unidade (se aplicável) na segunda linha do primeiro bloco, a cidade na segunda linha do segundo bloco, a abreviatura do estado na terceira linha do primeiro bloco e o código postal na terceira linha do segundo bloco.
7. **Este é um endereço temporário?** Marque sim ou não.
8. Se você mora em terras tribais, marque a caixa na questão 8. Terras tribais incluem qualquer reserva de tribo indígena, Pueblo ou colônia reconhecida federalmente, incluindo antigas reservas em Oklahoma; regiões nativas do Alasca estabelecidas de acordo com a Lei de Liquidação de Reivindicações Nativas do Alasca (85 Stat. 688); Loteamentos indígenas; Terras de origem havaiana — áreas mantidas sob custódia de nativos havaianos pelo estado do Havaí, de acordo com a Lei da Comissão de Casas Havaianas (1920, 9 de julho de 1921, 42 Stat. 108, e o seguinte, conforme emendado); e qualquer terreno designado como tal pela FCC de acordo com o processo de designação nas regras do Lifeline da FCC. Um mapa das terras tribais qualificadas está disponível no site da USAC:
https://www.usac.org/wpcontent/uploads/lifeline/documents/tribal/fcc_tribal_lands_map.pdf.
9. **Qual é seu endereço para correspondência?** Insira seu endereço de correspondência apenas se for diferente de seu endereço residencial. Inclua o nome da rua e número da residência na primeira linha, o número do apartamento ou unidade (se aplicável) na segunda linha do primeiro bloco, a cidade na segunda linha do segundo bloco, a abreviatura do estado na terceira linha do primeiro bloco e o código postal na terceira linha do segundo bloco.

Página 4: Benefício por pessoa qualificável

10. Preencha esta seção apenas se você for qualificável por meio de um filho ou dependente. Se você for qualificável por meio de um filho ou dependente, marque a caixa.
11. **Qual é o nome legal completo dele?** Digite o nome legal completo do filho ou dependente — primeiro nome na primeira linha, nome do meio (opcional) na segunda linha do primeiro bloco e sobrenome na terceira linha. Inclua qualquer sufixo (opcional) na segunda linha do segundo bloco.
12. **Qual é a data de nascimento dele?** Digite a data de nascimento dele — mês, dia e ano — nessa ordem.
13. **Verificação de identidade.** Selecione um dos seguintes itens para verificar a identidade de seu filho/filha ou dependente.

- a. Número da Previdência Social.** Se você quiser verificar a identidade dele usando um Número da Previdência Social, marque a caixa à esquerda desta subseção e digite os últimos quatro dígitos do Número da Previdência Social (SSN4) dele no espaço fornecido logo abaixo. Observe que os Números da Previdência Social não são obrigatórios para a participação no Programa de Benefícios de Banda Larga de Emergência, mas com o uso de um Número da Previdência Social, sua aplicação será processada mais rapidamente.
- OU**
- b. Número de identificação tribal.** Se você quiser verificar a identidade dele usando um Número de identificação tribal, marque a caixa à esquerda desta subseção e digite o número no espaço fornecido logo abaixo.
- OU**
- c. Outra forma de identificação.** Se você quiser verificar a identidade dele usando outra forma de identificação, incluindo Carteira de habilitação, Identificação militar, Passaporte, Número de Identificação do Contribuinte (ITIN) ou outra forma de identificação governamental, marque a caixa à esquerda desta subseção e selecione a caixa da categoria correspondente abaixo. Inclua uma cópia digitalizada ou foto da forma de identificação escolhida dele juntamente com sua inscrição.
- Carteira de habilitação
 - Identificação militar
 - Passaporte
 - Número de Identificação do Contribuinte (ITIN)
 - Outra forma de identificação governamental

Página 5. Qualificação para o Programa EBB

Preencha esta seção para mostrar que você, seu dependente ou alguém em seu domicílio se qualifica para o Programa EBB. Você pode se qualificar por meio de determinados programas de assistência governamental ou por meio de sua renda (não é necessário se qualificar por meio de ambos). Ao enviar este formulário pelo correio, inclua documentos que comprovem que você participa de um dos programas selecionados ou que se qualifica por meio de sua renda. Uma lista de documentos aceitáveis pode ser encontrada em GetEmergencyBroadband.org/Documents.

14. Qualificação por meio de um programa de assistência governamental. Marque a caixa ao lado de todos os programas que você ou alguém em seu domicílio tem:

- a.** Programa de Assistência Nutricional Suplementar (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP, também denominado Food Stamps)
- b.** Renda de Segurança Suplementar (Supplemental Security Income, SSI)
- c.** Medicaid
- d.** Assistência Federal à Habitação Pública (Federal Public Housing Assistance, FPHA)
- e.** Programas de pensão para veteranos ou de benefícios para sobreviventes
- f.** Federal Pell Grant para o ano de premiação atual
- g.** Programa de Merenda Escolar ou Programa de Café da Manhã Escolar grátis ou com preço reduzido para o ano letivo de 2019-20 ou 2020-21. Se você escolher esta opção, insira o nome da sua escola, distrito escolar e estado.

Programas Tribais Específicos

- h.** Assistência Geral do Gabinete de Assuntos Indígenas (Bureau of Indian Affairs, BIA)
- i.** Assistência Tribal Temporária para Famílias Carentes (Tribal Temporary Assistance for Needy Families, Tribal TANF)

- j. Programa de Distribuição de Alimentos em Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR)
 - k. Tribal Head Start (apenas famílias que atendem ao padrão de qualificação por renda)
- OU**

Página 6. Qualificação para o Programa EBB (Continuação)

15. **Qualificação por meio de perda substancial de renda.** Marque a caixa de número 15 se você ou alguém em seu domicílio teve uma perda substancial de renda devido a perda de emprego ou licença não remunerada desde 29 de fevereiro de 2020 e sua renda domiciliar total em 2020 foi igual ou inferior a US\$ 99.000 para um declarante único ou US\$ 198.000 para uma declaração conjunta. Se marcar esta caixa, não é necessário preencher o restante da página.

OU

Qualificação por meio da renda familiar. Se você acha que se qualifica para o Programa EBB por meio de sua renda, responda às perguntas 16 e 17. Você se qualificará por meio da renda se sua renda for igual ou inferior a 135% das Diretrizes Federais de Pobreza de 2021. As Diretrizes Federais de Pobreza são normalmente atualizadas no fim de janeiro.

16. **Incluindo você, quantas pessoas moram em seu domicílio?** Marque a caixa ao lado do número apropriado.
17. **A sua renda é igual ou inferior ao valor listado para o seu estado e tamanho do domicílio?** Siga a linha em frente ao número do seu domicílio para encontrar os limites de renda do Programa EBB. Marque “sim” ou “não” para indicar se sua renda é igual ou inferior ao número listado. A primeira coluna é para domicílio nos 48 estados, DC e territórios. A segunda coluna é o limite de renda para o Alasca e a terceira coluna é para o Havaí.

Página 7: Acordos

Coloque as iniciais ao lado de cada caixa para concordar com a declaração. Concordo, sob pena de perjúrio, com as seguintes afirmações:

18. Eu (ou meu dependente ou outra pessoa em meu domicílio) atualmente recebo benefícios dos programas governamentais listados neste formulário, tive uma perda substancial de renda desde 29 de fevereiro de 2020 ou minha renda familiar anual é igual ou inferior a 135% das Diretrizes Federais de Pobreza (a quantia listada na tabela das Diretrizes Federais de Pobreza neste formulário).
19. Concordo que, se me mudar, informarei meu novo endereço ao provedor de serviços em até 30 dias.
20. Entendo que devo informar ao meu provedor de serviços em até 30 dias caso não me qualifique mais para o Programa EBB, incluindo:
- 1) Eu ou a pessoa em meu domicílio que era qualificada não nos qualificamos mais por meio de um programa ou renda governamental.
 - 2) Eu ou alguém em meu domicílio recebe mais de um benefício do Programa EBB.
21. Sei que meu domicílio só pode obter um benefício do Programa EBB e, até onde sei, meu domicílio não está recebendo mais de um benefício do Programa EBB. Entendo que posso receber apenas um dispositivo conectado (desktop, laptop ou tablet) por meio do Programa EBB, mesmo se eu mudar de provedores EBB.
22. Concordo que todas as informações que forneço neste formulário podem ser coletadas, usadas, compartilhadas e retidas para fins de inscrição e/ou recebimento do benefício do Programa EBB. Entendo que, se essas informações não forem fornecidas ao Administrador do Programa, não

poderei obter os benefícios do Programa EBB. Se as leis do meu estado ou governo Tribal exigirem, concordo que o governo estadual ou Tribal pode compartilhar informações sobre meus benefícios para um programa de qualificação com o Administrador do Programa EBB. As informações compartilhadas pelo estado ou governo Tribal serão usadas apenas para ajudar a saber se posso obter um benefício do Programa EBB.

23. Para meu domicílio, afirmo e entendo que o Programa EBB é um subsídio temporário do governo federal que reduz minha conta do serviço de acesso à internet de banda larga e, na conclusão do programa, minha residência estará sujeita às taxas gerais sem desconto, termos e condições do provedor se meu domicílio continuar assinando o serviço.
24. Todas as respostas e consentimentos que forneci neste formulário são verdadeiros e corretos até onde tenho conhecimento.
25. Sei que fornecer voluntariamente informações falsas ou fraudulentas para obter os benefícios do Programa EBB é punível por lei e pode resultar em multas, pena de prisão, cancelamento da inscrição ou banimento do programa.
26. Eu disse a verdade sobre se sou ou não residente em terras Tribais, conforme definido na seção Suas informações deste formulário.
27. **Assinatura:** Assine o formulário.
28. **Data de hoje:** Insira a data de hoje.

Página 8. Declaração da Lei de Informações Representativas e Privacidade

Responda apenas se um representante do provedor de serviços enviar este formulário.

29. **Qual é a sua ID de Representante?** Um representante do provedor de serviços que enviar este formulário deve inserir sua ID de Representante registrada no Banco de Dados de Responsabilidade de Representantes.

Declaração da Lei de Privacidade

Esta Declaração da Lei de Privacidade explica como usaremos as informações pessoais inseridas neste formulário.

A Lei de Privacidade é uma lei que exige que a Federal Communications Commission (FCC) e a Universal Service Administrative Company (USAC) expliquem por que estamos solicitando informações pessoais aos indivíduos e o que faremos com essas informações após coletá-las.

Autoridade: 47 U.S.C. §254; Ato de Apropriações Consolidadas, 2021, Lei Pública 116–260, div. N, tit. IX, § 904; 47 CFR Parte 54, Subpartes E e P.

Objetivo: Estamos coletando estas informações pessoais para que possamos verificar sua identidade e sua qualificação ao programa Lifeline ou programas similares que usam a renda ou a participação do consumidor em determinados programas de benefícios do governo como critérios de elegibilidade, como o Programa de Benefícios de Banda Larga de Emergência. Nós acessamos, mantemos e usamos suas informações pessoais da maneira descrita no Aviso do Sistema de Registros Lifeline (SORN), FCC/WCB-1, publicado em 86 Fed. Reg. 11526 (25 de fevereiro de 2021), e o Programa de Benefícios de Banda Larga de Emergência SORN, FCC/WCB-3, publicado em 86 Fed. Reg. 11523 (25 de fevereiro de 2021).

Usos de rotina: Podemos compartilhar as informações pessoais inseridas neste formulário com outras partes para fins específicos, tais como:

- Contratados que nos ajudam a operar o programa Lifeline e programas semelhantes que usam a renda ou a participação do consumidor em determinados programas de benefícios do governo como critérios de elegibilidade, como o Programa de Benefícios de Banda Larga de Emergência;
- Outras agências governamentais federais e estaduais e agências Tribais que nos ajudam a determinar sua elegibilidade para o Lifeline e elegibilidade para programas semelhantes que usam a renda ou a participação

do consumidor em determinados programas de benefícios do governo como critérios de elegibilidade, como o Programa de Benefícios de Banda Larga de Emergência;

- Empresas de telecomunicações e provedores de banda larga que fornecem a você o serviço Lifeline e serviço sob um programa semelhante que usa a renda ou a participação do consumidor em determinados programas de benefícios federais como critérios de elegibilidade, como o Programa de Benefícios de Banda Larga de Emergência;
- Outras agências federais ou outros órgãos administrativos ou judiciais perante os quais a FCC está autorizada a comparecer;
- Agências, entidades e pessoas apropriadas quando a FCC suspeitar ou tiver confirmado que houve uma violação de informações; e
- Oficiais da lei e outros oficiais que investigam possíveis violações do Lifeline e outras regras do programa. Uma lista completa das maneiras como podemos usar suas informações é publicada no Lifeline SORN e no Programa de Benefícios de Banda Larga de Emergência SORN descrito no parágrafo “Objetivo” desta declaração.

Divulgação: Você não é obrigado a fornecer as informações que estamos solicitando, mas se não o fizer, não terá direito a receber os serviços do Lifeline de acordo com as regras do Programa Lifeline, 47 C.F.R. Parte 54, Subparte E, ou benefícios do Programa de Benefícios de Banda Larga de Emergência, 47 C.F.R. Parte 54, Subparte P.

Em caso de dúvida, entre em contato com a Universal Service Administrative Company

Site: GetEmergencyBroadband.org

Telefone: ligue para a Central de Atendimento da Banda Larga de Emergência no número 1-833-511-0311