

## تعليمات تطبيق برنامج الاتصال ميسور التكلفة (نموذج لجنة الاتصالات الفيدرالية 5645)

### الصفحة 1: حول برنامج الاتصال ميسور التكلفة

برنامج الاتصال ميسور التكلفة (ACP) هو برنامج حكومي اتحادي يوفر خصمًا شهريًا للأشخاص غير القبلين بقيمة 30 دولارًا أمريكيًا أو خصمًا شهريًا للأشخاص القبلين بقيمة 75 دولارًا أمريكيًا على خدمات الإنترنت. وحيثما يتوفر من شركات الإنترنت المشاركة، يقدم البرنامج خصمًا لمرة واحدة على جهاز متصل لتأهيل المستهلكين ذوي الدخل المنخفض. كما يوفر برنامج ACP خصمًا شهريًا على الإنترنت وميزة جهاز متصل واحد لكل أسرة.

### القواعد

إذا كنت مؤهلًا، فقد تحصل أسرتك على ميزة شهرية من برنامج ACP بقيمة 30 دولارًا لتغطية تكلفة خدمة الإنترنت الخاصة بك وما يصل إلى 75 دولارًا على المناطق القبلية المؤهلة. ومن خلال البرنامج، قد تقدم شركة الإنترنت الخاصة بك أيضًا ميزة لجهاز متصل بالإنترنت لمرة واحدة بقيمة 100 دولار لكمبيوتر مكتبي أو كمبيوتر لوحي أو كمبيوتر محمول مع دفع تكاليف مشتركة مطلوبة بقيمة أكثر من 10 دولارات ولكن أقل من 50 دولارًا.

لا يمكن لأسرتك الحصول على ميزة برنامج ACP من أكثر من شركة واحدة. لا يُسمح لك إلا بالحصول على ميزة واحدة من برنامج ACP لكل أسرة، وليس لكل فرد.

يتمتع برنامج الاتصال ميسور التكلفة بالاستقلال عن برنامج Lifeline التابع للجنة الاتصالات الفيدرالية. إذا كانت أسرتك مؤهلة لكلا البرنامجين، فيمكنك التقدم للحصول على كلتا الميزتين على نفس الخدمة أو خدمة مختلفة. على سبيل المثال، يمكنك تطبيق ميزة برنامج Lifeline على خدمة الهاتف المحمول وكذلك تطبيق ميزة برنامج ACP على خدمة الإنترنت في منزلك. كما يمكنك تطبيق ميزة برنامج Lifeline و ACP لديك على خدمة إنترنت واحدة من نفس الشركة.

إذا لم تُعد مؤهلًا للحصول على ميزة برنامج ACP (على سبيل المثال، يتجاوز دخلك مستوى الدخل المحدد أو لم تُعد مشاركًا في برنامج مزايا مؤهل)، فيجب عليك إخطار شركة الإنترنت التابعة لبرنامج ACP أو مسؤول ACP في غضون 30 يومًا.

ملاحظة: يتعين على شركات الإنترنت أيضًا تلبية معايير معينة من أجل المشاركة في برنامج ACP. تحقق من شركة الإنترنت الخاصة بك لتحديد ما إذا كانت مشاركة. إذا كنت تبحث عن شركة إنترنت، فيُرجى زيارة [الشركات المجاورة لي](#) للعثور على شركة إنترنت مشاركة في منطقتك.

### ما المقصود بالأسرة؟

الأسرة هي مجموعة من الأشخاص الذين يعيشون معًا ويتشاركون الدخل والمصروفات (حتى لو لم يكونوا مرتبطين ببعضهم). أكمل [ورقة عمل برنامج ACP للأسرة](#) لتحديد ما إذا كان يوجد أكثر من أسرة مؤهلة في عنوانك. وإذا شارك أكثر من شخص من أسرتك في برنامج ACP، فأنت بذلك تنتهك قواعد لجنة الاتصالات الفيدرالية ومن المقرر أن تفقد مزاياك.

### تجنب منح المزايا لشخص آخر

إن ميزة برنامج ACP غير قابلة للنقل؛ فلا يمكنك منح مزاياك لشخص آخر حتى لو كان مؤهلًا للحصول على برنامج ACP.

### التحلي بالصدق خلال تعبئة هذا النموذج

يتعين عليك تقديم معلومات دقيقة وصحيحة في هذا النموذج وجميع النماذج أو الاستبيانات ذات الصلة ببرنامج ACP. إذا قدمت معلومات خاطئة أو مضللة، فستفقد مزاياك (أي؛ إلغاء تسجيلك أو حظرك من البرنامج) ويمكن لحكومة الولايات المتحدة اتخاذ إجراءات قانونية ضدك. وقد يشمل ذلك (على سبيل المثال لا الحصر) التعرض لدفع غرامات أو السجن.

## الحاجة إلى إظهار مستندات أخرى

إذا لم يستطع مسؤول برنامج ACP التحقق من أهليتك أنت أو أي شخص آخر في أسرتك عن طريق التحقق من الموارد الإلكترونية المتاحة (بما في ذلك؛ قواعد بيانات الأهلية لشركاء الوكالة الحكومية التابعين للجنة الاتصالات الفيدرالية)، فقد تحتاج إلى تقديم مستندات إضافية. على سبيل المثال، قد تحتاج إلى تقديم وثيقة رسمية تثبت مشاركتك في برنامج مساعدة حكومي مؤهل أو دخلك أو هويتك. يُرجى تضمين نسخ من مستندات الإثبات الخاصة بك عند تقديم طلباتك لتسريع وقت المعالجة.

## كيفية التقديم

للتقدم لبرنامج الاتصال ميسور التكلفة، قم بتعبئة الأقسام المطلوبة من هذا النموذج، ثم التوقيع بالأحرف الأولى على كل بيان اتفاقية، ثم قم بالتوقيع على الصفحة 7. كما يمكنك التقديم عبر الإنترنت من خلال الموقع [AffordableConnectivity.gov](http://AffordableConnectivity.gov) للحصول على معالجة أسرع.

يمكنك إرسال النموذج بالبريد إلى العنوان التالي:

USAC

ACP Support Center

P.O. Box 7081

London, KY 40742

## الصفحة 2: المعلومات الخاصة بك

جميع الحقول مطلوبة ما لم يذكر خلاف ذلك. استخدم فقط الأحرف الكبيرة والحبر الأسود لملء هذا النموذج.

1. ما اسمك القانوني الكامل؟ أدخل اسمك الأول في السطر الأول، والاسم الأوسط (اختياري) في السطر الثاني في مجموعة المربعات الأولى، ثم اسم العائلة في السطر الثالث. قم بتضمين أي لاحقة (اختياريًا) في السطر الثاني في مجموعة المربعات الثانية. يُرجى استخدام اسمك القانوني الكامل الذي تستخدمه في المستندات الرسمية. تجنب استخدام اسم مستعار.
2. ما رقم الهاتف الخاص بك؟ أدخل رقم هاتفك، إن وجد.
3. ما تاريخ ميلادك؟ أدخل شهر الميلاد واليوم والسنة بهذا الترتيب.
4. ما عنوان بريدك الإلكتروني؟ إذا كان لديك عنوان بريد إلكتروني، فقم بإدخاله هنا. يوصى بتوفير عنوان بريد إلكتروني حتى تتمكن شركة USAC من إرسال تحديثات الحالة إليك بشأن طلبك.
5. التحقق من الهوية. يُرجى تحديد أحد الخيارات التالية للتحقق من هويتك.

a. رقم التأمين الاجتماعي. إذا كنت ترغب في التحقق من هويتك باستخدام رقم التأمين الاجتماعي الخاص بك، فيُرجى تحديد المربع الموجود على يسار هذا القسم الفرعي وإدخال آخر أربعة أرقام من رقم التأمين الاجتماعي (SSN4) في المساحة المتوفرة أدناه مباشرة. **يُرجى ملاحظة أن أرقام التأمين الاجتماعي ليست مطلوبة للمشاركة في برنامج الاتصال ميسور التكلفة، إلا إن توفير رقم التأمين الاجتماعي سيسمح لنا بمعالجة طلبك بشكل أسرع.**

b. رقم تحديد الهوية القبلية. إذا كنت ترغب في استخدام رقم تحديد الهوية القبلية للتحقق من هويتك، فيرجى تحديد المربع الموجود على يسار هذا القسم الفرعي وإدخال الرقم في المساحة المتوفرة أدناه على الفور.

c. نموذج آخر لتحديد الهوية. إذا كنت ترغب في التحقق من هويتك باستخدام نموذج آخر لتحديد الهوية، بما في ذلك رخصة القيادة أو بطاقة الهوية العسكرية أو جواز السفر أو رقم التعريف الفردي لدافع الضرائب (ITIN) أو أي هوية حكومية أخرى، فيُرجى تحديد المربع الموجود على يسار هذا القسم الفرعي وتحديد المربع للفئة المقابلة أدناه. يُرجى تضمين نسخة ممسوحة ضوئيًا أو صورة من نموذج التعريف الخاص بك مع طلبك.

رخصة القيادة - بطاقة

الهوية العسكرية - جواز

السفر

رقم التعريف الفردي لدافع الضرائب (ITIN) -

بطاقات هوية حكومية أخرى

### الصفحة 3: المعلومات الخاصة بك (يُتبع)

6. ما عنوان منزلك؟ أدخل عنوان منزلك. يجب أن يكون هذا هو العنوان الذي ستتلقى فيه الخدمة ولا يمكن أن يكون صندوق بريد. يجب أن يتضمن رقم الشارع واسمه في السطر الأول، ورقم الشقة أو الوحدة (إن وجد) في السطر الثاني بالمجموعة الأولى من المربعات، وكذلك المدينة في السطر الثاني بالمجموعة الثانية من المربعات، واختصار الولاية في السطر الثالث بالمجموعة الأولى من المربعات، والرمز البريدي في السطر الثالث بالمجموعة الثانية من المربعات. وفي حال تغيير العنوان إلى عنوانٍ آخر، يجب تحديث عنوانك لدى شركة الإنترنت الخاصة بك في غضون 30 يومًا.
7. هل هذا عنوان مؤقت؟ حدد نعم أو لا.
8. إذا كنت تعيش في الأراضي القبلية المؤهلة، فحدد المربع في السؤال رقم 8. وبموجب قواعد برنامج ACP، تشمل الأراضي القبلية أي محمية أو قرية أو مستعمرة لقبيلة هندية معترف بها فيدراليًا، بما في ذلك المحميات السابقة في أو كلاهما؛ مناطق الأسكا أصلية المنشأة بموجب قانون تسوية مطالبات سكان الأسكا الأصليين (Stat. 688 85)؛ والمخصصات الهندية؛ وأراضي هاواي الرئيسية - المناطق التي تحتفظ بها ولاية هاواي لسكان هاواي الأصليين، وفقًا لقانون لجنة منازل هاواي لعام 1920 (9 يوليو 1921، Stat. 108 42)، وما يليه، بصيغته المعدلة؛ وأي أرض تم تحديدها على هذا النحو من قبل لجنة الاتصالات الفيدرالية وفقًا لعملية التعيين في قواعد برنامج Lifeline التابع للجنة الاتصالات الفيدرالية. تتوفر خريطة الأراضي القبلية المؤهلة على موقع USAC: [https://www.affordableconnectivity.gov/wp-content/uploads/acp/documents/fcc\\_tribal\\_lands\\_map.pdf](https://www.affordableconnectivity.gov/wp-content/uploads/acp/documents/fcc_tribal_lands_map.pdf)
9. ما عنوانك البريدي؟ أدخل عنوانك البريدي فقط إذا كان مختلفًا عن عنوان منزلك. يجب أن يتضمن رقم الشارع واسمه في السطر الأول، ورقم الشقة أو الوحدة (إن وجد) في السطر الثاني بالمجموعة الأولى من المربعات، وكذلك المدينة في السطر الثاني بالمجموعة الثانية من المربعات، واختصار الولاية في السطر الثالث بالمجموعة الأولى من المربعات، والرمز البريدي في السطر الثالث بالمجموعة الثانية من المربعات.

### الصفحة 4: الشخص المؤهل للمزايا

10. قم بتعبئة هذا القسم فقط إذا كنت مؤهلًا من خلال طفل أو مُعال. إذا كنت مؤهلًا من خلال طفل أو مُعال، فُرجى تحديد المربع للإشارة إلى أنك مؤهل من خلال الشخص المؤهل للمزايا (BQP). يتعين عليك تحديد هذا المربع إذا كنت تقدم طلبًا بناءً على مشاركة طالب قاصر حالي في برنامج غذاء أو إفطار مدرسي مجاني أو بسعر مخفض أو الالتحاق بمدرسة تقديم التأهيل المجتمعي (CEP)، أو حصول طفل قاصر على مزايا برنامج التغذية التكميلي الخاص بالنساء والرضع والأطفال (WIC).
11. ما الاسم القانوني الكامل لهم؟ أدخل الاسم الكامل القانوني للطفل أو المُعال. أدخل الاسم الأول في السطر الأول، والاسم الأوسط (اختياري) في السطر الثاني بالمجموعة الأولى من المربعات، واسم العائلة في السطر الثالث. قم بتضمين أي لاحقة (اختياريًا) في السطر الثاني في مجموعة المربعات الثانية. لا ينبغي أن يكون اسم الشخص المؤهل للمزايا هو نفسه اسم مقدم الطلب، كما يجب أن يتطابق مع الاسم الموجود في المستندات التي توضح المشاركة في برنامج المزايا المؤهلة.
12. ما تاريخ ميلادهم؟ أدخل تاريخ ميلادهم - الشهر واليوم والسنة - بهذا الترتيب.
13. التحقق من الهوية. يُرجى تحديد أحد الخيارات التالية للتحقق من هوية طفلك أو الشخص الذي تعوله.
  - a. رقم التأمين الاجتماعي. إذا كنت ترغب في التحقق من هويتهم باستخدام رقم التأمين الاجتماعي الخاص بهم، فُرجى تحديد المربع الموجود على يسار هذا القسم الفرعي وإدخال آخر أربعة أرقام من رقم التأمين الاجتماعي (SSN4) في المساحة المتوفرة أدناه مباشرة. يُرجى ملاحظة أن أرقام التأمين الاجتماعي ليست مطلوبة للمشاركة في برنامج الاتصال ميسور التكلفة، ولكن توفير رقم التأمين الاجتماعي سيسمح لنا بمعالجة طلبك بشكلٍ أسرع.  
أو
  - b. رقم تحديد الهوية القبلية. إذا كنت ترغب في استخدام رقم تحديد الهوية القبلية للتحقق من هويتهم، فُرجى تحديد المربع الموجود على يسار هذا القسم الفرعي وإدخال الرقم في المساحة المتوفرة أدناه على الفور.  
أو
  - c. نموذج آخر لتحديد الهوية. إذا كنت ترغب في التحقق من هويتهم باستخدام نموذج آخر لتحديد الهوية، بما في ذلك رخصة القيادة أو بطاقة الهوية العسكرية أو جواز السفر أو رقم التعريف الفردي لدافع الضرائب (ITIN) أو أي هوية حكومية أخرى، فُرجى تحديد المربع الموجود على يسار هذا القسم الفرعي وتحديد المربع للفئة المقابلة أدناه. يُرجى تضمين نسخة ممسوحة ضوئيًا أو صورة من نموذج التعريف الخاص بهم مع طلبك.

رخصة القيادة بطاقة  
الهوية العسكرية جواز  
السفر  
رقم التعريف الفردي لدافع الضرائب (ITIN)  
بطاقات هوية حكومية أخرى

#### الصفحة 5: التأهل لبرنامج ACP

املاً هذا القسم لتظهر أنك أو الذي تعوله أو أي شخص في أسرتك مؤهلاً لبرنامج ACP. يمكنك التأهل من خلال برامج مساعدة حكومية معينة أو من خلال دخلك (لا تحتاج إلى التأهل من خلال كليهما). عند إرسال هذا النموذج عبر البريد، يُرجى إرفاق نسخ من المستندات التي تُظهر مشاركتك في أحد البرامج التي حددتها أو أنك مؤهل من خلال دخلك. يمكن العثور على قائمة بالمستندات المقبولة على [موقع ACP](#). لا يتعين عليك تقديم المستندات الأصلية.

14. التأهل من خلال برنامج المساعدة الحكومية. حدد المربع بجوار جميع البرامج التي تشارك فيها أنت أو أحد أفراد أسرتك:

- برنامج المساعدة الغذائية التكميلي (SNAP، ويُسمى أيضًا Food Stamps)
- دخل الضمان التكميلي (SSI)
- برنامج Medicaid
- مساعدات الإسكان العام الفيدرالية (FPHA)
- برامج معاشات قدامى المحاربين واستحقاقات الوراثة
- منحة بيل الفيدرالية لجائزة العام الحالي
- برنامج التغذية التكميلي الخاص بالنساء والرضع والأطفال (WIC)
- برنامج العشاء المدرسي أو برنامج الإفطار المدرسي المجاني أو بسعر مخفض أو الالتحاق بمدرسة تقديم التأهيل المجتمعي. إذا حددت هذا الخيار، يُرجى إدخال اسم مدرستك، والمنطقة التعليمية، والولاية.

#### البرامج الخاصة بالقبليّة

- المساعدة العامة بمكتب الشؤون الهندية (BIA)
- برنامج المساعدة القبليّة المؤقتة للأسر المحتاجة (Tribal TANF)
- برنامج توزيع المواد الغذائية على المحميات الهندية (FDPIR)
- برنامج Head Start القبلي (الأسر التي تستوفي معايير الدخل المؤهلة فقط)  
أو

#### الصفحة 6: التأهل لبرنامج ACP (يُتبع)

التأهل من خلال دخل الأسرة: إذا كنت تعتقد أنك مؤهل لبرنامج ACP من خلال دخلك، فأكمل السؤالين رقم 15 و16. أنت مؤهل للبرنامج من خلال الدخل إذا كان دخلك يحقق 200٪ من المبادئ التوجيهية الفيدرالية لمكافحة الفقر أو أقل من ذلك. وعادةً ما يتم تحديث المبادئ التوجيهية الفيدرالية لمكافحة الفقر في نهاية شهر يناير من كل عام.

- كم عدد الأشخاص الذين يعيشون في منزلك، بما فيهم أنت؟ حدد المربع بجوار الرقم المناسب.
- هل دخلك هو نفس المبلغ المدرج في الطلب بالنسبة لحجم أسرتك أو ولايتك أو أقل منه؟ للعثور على حد الدخل في ولايتك، اتبع الخط المقابل لرقم أسرتك للعثور على حدود دخل برنامج ACP. حدد "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان دخلك عند الرقم المذكور أو أقل منه. العمود الأول مخصص للأسر في الولايات الـ 48 الدنيا والعاصمة والأقاليم. العمود الثاني هو الحد الأقصى للدخل في ولاية ألاسكا والعمود الثالث في ولاية هاواي.

#### الصفحة 7: الاتفاقيات والتوقيعات

قم بالتوقيع بالأحرف الأولى من اسمك بجوار كل مربع لإبداء الموافقة على العبارة والتوقيع على النموذج وتدوين التاريخ. إذا لم تقم بالتوقيع بالأحرف الأولى أمام كل عبارة، فسيتم اعتبار طلبك غير مكتمل.

- أوافق، مع تحمل عقوبة الحنث باليمين، على العبارات التالية:
17. أنا (أو من أعوله أو أي شخص آخر في أسرتي) أحصل حاليًا على مزايا البرنامج (البرامج) الحكومي المدرج في هذا النموذج أو أن دخل أسرتي السنوي هو 200٪ من المبادئ التوجيهية الفيدرالية لمكافحة الفقر أو أقل من ذلك (المبلغ المدرج في جدول المبادئ التوجيهية الفيدرالية لمكافحة الفقر بهذا النموذج).
  18. أوافق على أنه في حالة تغيير العنوان، فسأقدم لشركتي عبر الإنترنت عنوانين الجديدين في غضون 30 يومًا.
  19. أدرك أنه يتعين علي إبلاغ شركتي عبر الإنترنت في غضون 30 يومًا إذا لم أعد مؤهلًا لبرنامج ACP، بما في ذلك:
    - (1) أنا، أو الشخص المؤهل في منزلي، لم يعد مؤهلًا من خلال برنامج حكومي أو دخل.
    - (2) إما أن أحصل أنا أو أحد أفراد أسرتي على أكثر من ميزة من مزايا برنامج ACP.
  20. أعلم أن أسرتي لا يمكنها الحصول إلا على ميزة واحدة فقط من مزايا برنامج ACP، وعلى حد علمي، فإن أسرتي لا تحصل على أكثر من ميزة واحدة من مزايا برنامج ACP. أتفهم أنه لا يمكنني تلقي سوى جهاز متصل واحد (جهاز مكتبي أو كمبيوتر محمول أو جهاز لوحي) من خلال برنامج ACP، حتى إذا قمت بالتبديل بين شركات ACP.
  21. أوافق على أنه يجوز جمع كافة المعلومات التي أقدمها في هذا النموذج واستخدامها ومشاركتها والاحتفاظ بها لأغراض التقدم بطلب و/أو الحصول على مزايا برنامج ACP. أدرك أنه إذا لم يتم تقديم هذه المعلومات إلى مدير البرنامج، فلن أتمكن من الحصول على مزايا برنامج ACP. إذا كانت قوانين ولايتي أو حكومتي القبلية تتطلب ذلك، فأنا أوافق على أنه يجوز للولاية أو الحكومة القبلية مشاركة المعلومات حول مزاياي للاشتراك في برنامج مؤهل مع مسؤول ACP. وسيتم استخدام المعلومات التي تشاركها الدولة أو الحكومة القبلية فقط للمساعدة في معرفة ما إذا كان بإمكانني الحصول على مزايا برنامج ACP.
  22. بالنسبة لأسرتي، أؤكد وأتفهم أن ACP عبارة عن إعانة حكومية فيدرالية تخفض من قيمة فاتورة خدمة الوصول إلى الإنترنت ذات النطاق العريض الخاصة بي وأنه في نهاية البرنامج، ستخضع أسرتي للأسعار والشروط والأحكام العامة غير المخصصة للشركة إذا واصلت الأسرة الاشتراك في الخدمة.
  23. جميع الإجابات والاتفاقيات التي قدمتها في هذا النموذج صادقة وصحيحة على حد علمي.
  24. أعلم أن تقديم معلومات خاطئة أو مضللة عن قصدٍ للحصول على مزايا برنامج ACP يعاقب عليه القانون وقد يؤدي إلى غرامات أو عقوبة السجن أو إلغاء التسجيل أو الحرمان من البرنامج.
  25. لقد كنت صادقًا بشأن ما إذا كنت مقيمًا في الأراضي القبلية أم لا، كما هو محدد في قسم معلوماتك الوارد في هذا النموذج.
  26. التوقيع: يُرجى التوقيع على النموذج.
  27. تاريخ اليوم: أدخل تاريخ اليوم.

#### الصفحة 8. معلومات الممثل وبيان قانون الخصوصية

- لا تُجب إلا إذا قدم الممثل هذا النموذج. يتعين على الممثلين الذين يساعدون المستهلكين في التقديم (مثل وكلاء شركة الإنترنت، والشركاء بالولاية والشركاء القبليين، وغيرهم) التسجيل في قاعدة بيانات مساءلة الممثل، ويجب أن يكون التسجيل كاملاً باستخدام معرّف الممثل الخاص بهم في هذا القسم.
28. ما معرف الممثل الخاص بك؟ يجب على الممثل الذي يقدم هذا النموذج إدخال معرف الممثل الخاص به كما هو مسجل في قاعدة بيانات مساءلة الممثل.

من خلال تقديم رقم هاتف، فإنك توافق على السماح لـ USAC بالاتصال بك على رقم الهاتف هذا من خلال رسالة صوتية تلقائية أو مسجلة مسبقًا أو رسالة نصية بالذكيرات والتحديثات المهمة حول مزايا برنامج ACP الخاصة بك. بالنسبة للرسائل النصية، يتم تطبيق مصاريف إرسال الرسائل والبيانات. يمكنك إرسال رسالة نصية مفادها "إنهاء" لإنهاء خدمة الرسائل.

للحصول على أي استفسارات، يُرجى الاتصال بشركة Universal Service Administrative

الموقع الإلكتروني: [AffordableConnectivity.gov](http://AffordableConnectivity.gov)

الهاتف: يمكنك الاتصال بمركز دعم برنامج ACP على الرقم 1-877-384-2575

## كيف يتسنى لبرنامج ACP حماية المستهلكين؟

تحمي القواعد المستفيدين من برنامج الاتصال ميسور التكلفة من خلال ما يلي:

- تمكين المستهلكين من اختيار خطة الخدمة التي تلي احتياجاتهم على أفضل وجه (بما في ذلك الخطة التي قد يكونون عليها بالفعل)؛
- ضمان وصول المستهلكين إلى خدمات الإنترنت المدعومة بغض النظر عن وضعهم الائتماني؛
- منع الشركات من استبعاد المستهلكين الذين لديهم أرصدة مستحقة أو ديون سابقة من التسجيل في البرنامج؛
- منع إجبار المستهلكين على اتباع خطط أكثر تكلفة أو أقل جودة من أجل الاشتراك في برنامج ACP؛
- التقليل من احتمالية حدوث صدمة الفواتير أو غيرها من الأضرار المالية؛
- السماح للمشارك في برنامج ACP بالتبديل بين الشركات أو عروض خدمة الإنترنت؛ بالإضافة إلى
- توفير إجراءات مخصصة للجنة الاتصالات الفيدرالية من أجل شكاوى برنامج ACP على الموقع <https://consumercomplaints.fcc.gov>.

## بيان قانون الخصوصية

يوضح بيان قانون الخصوصية هذا كيفية استخدامنا للمعلومات الشخصية التي تدخلها في هذا النموذج.

قانون الخصوصية هو قانون يتطلب من لجنة الاتصالات الفيدرالية (FCC) وشركة Universal Service Administrative Company (USAC) توضيح سبب طلبنا للمعلومات الشخصية من الأفراد وما الذي سنفعله بهذه المعلومات بعد أن نجتمعها.

الاختصاص: 47 U.S.C. §1752؛ 47 U.S.C. §254؛ CFR 47 الجزء 54، الجزء الفرعي E و R.

الغرض: نحن نجمع هذه المعلومات الشخصية حتى تتمكن من التحقق من هويتك وأهليتك لبرنامج Lifeline أو برامج مماثلة تستخدم الدخل أو مشاركة المستهلك في برامج معينة للمزايا الحكومية كمعايير الأهلية، مثل برنامج الاتصال ميسور التكلفة. نقوم بالوصول إلى معلوماتك الشخصية والحفاظ عليها واستخدامها بالطريقة الموضحة في نظام Lifeline لإشعار السجلات (SORN) وFCC/WCB-1 وبرنامج الاتصال ميسور التكلفة، المعروف سابقاً باسم برنامج مزايا النطاق العريض في الحالات الطارئة، وFCC/WCB-3 وكلاهما متاح على الرابط <https://www.fcc.gov/managing-director/privacy-transparency/privacy-act-information#systems>.

الاستخدامات الروتينية: يجوز لنا مشاركة المعلومات الشخصية التي تدخلها في هذا النموذج مع أطراف أخرى لأغراض محددة، مثل:

- المقاولين الذين يساعدوننا في تشغيل برنامج Lifeline والبرامج المماثلة التي تستخدم الدخل أو مشاركة المستهلك في بعض برامج المزايا الحكومية كمعايير للأهلية، مثل برنامج الاتصال ميسور التكلفة؛
- غيرها من الوكالات الحكومية الفيدرالية والخاصة بالولاية والوكالات القبلية التي تساعدنا في تحديد أهليتك لبرنامج Lifeline وكذلك أهليتك لبرامج مماثلة تستخدم الدخل أو مشاركة المستهلك في بعض برامج المزايا الحكومية كمعايير للأهلية، مثل برنامج الاتصال ميسور التكلفة؛
- شركات الاتصالات وموفري النطاق العريض الذين يقدمون لك خدمة Lifeline وكذلك الخدمة في إطار برنامج مشابه يستخدم الدخل أو مشاركة المستهلك في بعض برامج المزايا الفيدرالية كمعايير للأهلية، مثل برنامج الاتصال ميسور التكلفة؛
- الوكالات الفيدرالية الأخرى أو الهيئات الإدارية أو القضائية الأخرى التي تم تفويض لجنة الاتصالات الفيدرالية (FCC) بالتمثيل أمامها؛
- الوكالات والكيانات والأشخاص المناسبين عندما تشتبه لجنة الاتصالات الفيدرالية في وجود خرق للمعلومات أو توكده؛ و
- مسؤولي إنفاذ القانون وغيرهم من المسؤولين الذين يحققون في الانتهاكات المحتملة لبرنامج Lifeline وقواعد البرنامج الأخرى.

يتم نشر قائمة كاملة بالطرق التي قد نستخدم بها معلوماتك في Lifeline SORN وبرنامج الاتصال ميسور التكلفة SORN (المعروف سابقاً باسم برنامج مزايا النطاق العريض في حالات الطوارئ SORN) الموضح في فقرة "الغرض" من هذا البيان.

**الإفصاح:** لست مطالبًا بتقديم المعلومات التي نطلبها، ولكن إذا لم تفعل ذلك، فلن تكون مؤهلاً لتلقي خدمات برنامج Lifeline بموجب قواعد برنامج Lifeline، قانون C.F.R 47. الجزء 54، الجزء الفرعي E، أو المزايا بموجب قواعد برنامج الاتصال ميسور التكلفة، القانون C.F.R 47. الجزء 54، الجزء الفرعي R.