Haga su solicitud hoy día. ¡Es rápido, fácil y gratis!

1. Complete esta sección. No hay ninguna obligación.

Apellido Primer nombre Inicial

Dirección Ciudad Estado Zip

Su número de teléfono* ( ) _____

Dirección de correo electrónico (opcional) _____

*No puede ser de teléfono celular.

Contacto alterno (Nombre y Apellido) _____

Relación con usted _____ Número de teléfono ( ) _____

Nombre de su compañía telefónica local _____

Nombre que aparece en la cuenta de teléfono (Nombre y Apellido)*

Raza (opcional): ☐Caucásico ☐Latino ☐Africano americano ☐Americano autóctono ☐Isleño del Pacífico ☐Asiático ☐Otro

Edad: ☐18 o menos ☐19-35 ☐36-55 ☐56-75 ☐Mayor de 75

IMPORTANTE, LEA ANTES DE FIR MAR Contrato de Responsabilidad Limitada. Por la presente el solicitante acuerda que la CPUC y o el estado de California y o la California Communications Access Foundation (Fundación de Acceso a las Comunicaciones de California – CCAF) no extienden ninguna garantía, ya sea expresa o implícita con respecto a la posesión, uso, condición y o operación del equipo de telecomunicación proporcionado al solicitante como parte de este programa (el Equipo). El solicitante acuerda por la presente identificar, defender y no hacer responsable a la CPUC, al estado de California y o la CCAF de todas y cualesquiera demanda de terceras partes, costos, (incluidos sin limitación los honorarios usuales de abogados) y cualesquiera pérdidas emergentes relativas a la posesión, uso, condición y o operación del Equipo.
El solicitante acuerda por la presente que la CPUC, el estado de California y o la CCAF no tendrán ninguna responsabilidad legal hacia el solicitante o cualquier otra persona con respecto a cualquier responsabilidad, pérdida, o daño causados o que se alegue que fueron causados, directa o indirectamente, por o mediante la posesión, uso y o operación del Equipo. Verifico que vivo en un hogar que se suscribe a servicio telefónico local en California.

Firma del Solicitante Fecha

Como escucho de nosotros?
Radio_____ Televisión_____ Periódico_____ Guía de Teléfono_____ Autobús ☐ Evento_____

¿Quién está cali cado para veri car mi elegibilidad para el equipo? Un Agente Autorizado en California. Después de completar la Sección 1, deberá llevar este formulario a un Agente Autorizado en California que pueda veri car su elegibilidad. Los siguientes Agentes Autorizados en California están cali cados para veri car que usted necesita el equipo: Médico, Audiólogo, Cirujano, Distribuidor de Aparatos para la Sordera, Optometrista, Médico de la Administración de Veteranos, Depto. de Rehabilitación, Consejero de Rehabilitación Vocacional o un Audiólogo o Superintendente de una escuela para Sordos de Riverside/Fremont California. El Agente Autorizado en California debe completar la Sección 2 de este documento antes de que usted nos lo envíe para su consideración. No podemos aceptar a Herbolarios, Quiroprácticos ni Acupunturistas como Agentes Autorizados.

2. Presente esta sección (ONE) to ONE a (uno) de los agentes autorizados para que complete:
Have this section completed by one of these certifying agents:

CA State Licensed Medical Doctor CA Licensed Optometrist CA Licensed Audiologist CA Department of Rehabilitation Counselor
CA Superintendent/Audiologist from the Fremont/Riverside School for the Deaf CA Licensed Hearing Aid Dispenser (see provision below) **

Impairment(s) of the Applicant: ☐Deaf/Deafened Mobility/Manipulation ☐Hard of Hearing ☐Blind ☐Low Vision ☐Speech ☐Cognitive Special Equipment/dB Recommended: _____

Hearing Loss: ☐Mild ☐Moderate ☐Severe Mobility: ☐Upper body ☐Lower Body ☐Both

I certify that the above named person has the impairment(s) marked above that restrict(s) his or her use of the telephone and qualifies for equipment provided under California state legislation.

Print Name (Must be legible) _____

Degree (MD,DO,OD,AuD,PhD,MS,MA,Other): _____ License Number _____

Telephone ( ) _____ Fax ( ) _____ Signature of Certifying Agent _____ Date _____

** For CA Licensed Hearing Aid Dispensers

Signature (Hearing Aid Dispensers only) Date CA HAD License Number ( ) Telephone

3. Presente su solicitud por fax, correo o en persona.

¿Ya está certi cado? ¡No es necesario llenar una solicitud nueva!

Por fax: 1-800-889-3974 **Por correo: CTAP P.O. Box 30310, Stockton, CA 95213**

En persona:

Oakland 1970 Broadway, Suite 650 **San Diego** 2878 Camino Del Rio South, Suite 400
Burbank 303 N. Glenoaks Blvd., Suite L-130 **Riverside** 6370 Magnolia Ave., Suite 310 **Santa Ana** 2677 N. Main St., Suite 130
Fresno 7525 N. Cedar Ave., Suite 115 **Sacramento** 2033 Howe Ave., Suite 150

Si la presenta por fax o por correo, nosotros lo llamaremos. Su lengua de preferencia: _____ ☐ Braille ☐ Imprenta grande

Para mayor información o para obtener más formularios de certificación:

Español 1-800-949-5650 TTY 1-800-806-4474 English 1-800-806-1191 www.ddtp.org

California Telephone Access Program
A Program of the California Public Utilities Commission