# 即時申請。快速、簡單、並且免費！

## 1.請填寫這部分內容。您不需履行任何義務。

_____ _____ _____
姓 名 中間名首字母

_____ _____ CA _____
街道地址 城市 州 郵政區號

您的電話號碼*：(_____)_____

電子郵件地址（可填或不填）：_____

不可填手機號碼*

代替聯絡人（名和姓）：_____

與您的關係：_____電話號碼：(_____)_____

您本地電話公司名稱：_____

電話賬單上的姓名*：_____

族裔（可填或不填）：[ ]白種人 [ ] 拉丁裔 [ ] 非裔美國人
[ ] 美洲原住民 [ ] 太平洋島民 [ ] 亞裔 [ ] 其他

年齡：[ ] 18或以下 [ ] 19-35 [ ] 36-55 [ ] 56-75 [ ] 75以上

重要事項：簽署有限責任協議之前請先_讀以下説明。
申請人在此同意：對按本計劃提供給申請者的電訊設備（以下簡稱‘設備’），加州公共事業委員會（CPUC）和/或加州政府、和/或加州通訊連接基金會（CCAF）對申請者的設備的擁有、使用、狀況和/或操作沒有提供任何明示性或暗示性的擔保。申請人並在此同意，對任何源於或有關對‘設備’的擁有、使用、狀況和/或操作所致的任何及所有的第三方索賠、費用（包括但不局限於合理的律師費）及損失, 申請人會保障並維護加州公共事業委員會、加州政府、和加州通訊連接基金會，並且同意加州公共事業委員會、加州政府和/或加州通訊連接基金會將不負擔任何法律責任。申請者在此同意：加州公共事業委員會、加州政府和/或加州通訊連接基金會對申請人或任何其他人因或透過擁有、使用及/或操作該‘設備’而直接或間接引起或被指稱引起的任何不利情況、損失或損害將不負擔任何責任。

我證明我居住在一個使用加州本地電話服務的家庭中。_____ _____
申請者簽名 日期

您是如何得知我們的服務的呢？

電臺：_____ 電視：_____ 報紙：_____ 巴士 ☐ 特別活動：_____

**誰有資格驗證我是否符合獲得設備的標準：一位加州認證人員。**

填寫完以上資料以後，你需要將表格交給一位加州認證人員以驗證你是否符合申請標準。以下持照的加州認證人員有資格驗證你的需求是否符合申請標準：醫師、聽力學家、外科醫師、助聽器發放人員、驗光師、退伍軍人管理部醫師、復健部職業健康顧問或加州 Riverside / Fremont 聾人學校督學或聽力學家。你必須在加州認證人員填寫完資料後，才能將表格交給我們審查。我們不接受中藥醫師、脊椎按摩治療師或針灸醫師作為認證人員。

## 2. 本節內容由這些認證人員中的一位來填寫：(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, Ph.D, MS, MA, Other) _____License Number _____

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

** For CA Licensed Hearing Aid Dispensers – I certify that I have fitted the above person with an amplified device and have the individual's hearing records on file.

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

Chinese Download 08'

## 3. 請用傳真、郵寄或親自遞交的方式來呈交您的申請。 如果已獲認證則無需再次申請！

**傳真：**1-800-889-3974 **郵寄：**CTAP P.O. Box 30310, Stockton, CA 95213

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

如果以傳真或郵件遞交，我們將與您聯係。 首選的語言：._____ [ ] 盲人點字法 [ ] 大字體印刷

如需進一步的資訊或更多的證明表格：英語 1-800-806-1191 西班牙語 1-800-949-5650 國語 1-866-324-8747
TTY 1-800-806-4474 苗文 1-866-880-3394 廣東話 1-866-324-8754 www.ddtp.org

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