



California Public Utilities Commission Deaf and Disabled Telecommunications Program

¡Haga su solicitud hoy mismo! 3 pasos sencillos: 1. Llene esta sección.

Apellido	Nombre	CA	Inicial
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Su número de teléfono (_____) _____			
Dirección de correo electrónico _____			
Nombre de su compañía de teléfono local _____			
Nombre que aparece en la cuenta de teléfono (nombre y apellido) _____			
Año de nacimiento (opcional) _____			
Raza (opcional): <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Africano Americano			
<input type="checkbox"/> Americano Autóctono <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro			
Prefiero materiales en: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita			
<input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Letras grandes (inglés)			
<input type="checkbox"/> Letras grandes (español)			
¿Cómo supo de nosotros? <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Televisión <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Evento			
<input type="checkbox"/> Anuncio de autobús <input type="checkbox"/> En Internet <input type="checkbox"/> Otro _____			
Contacto alternativo (nombre y apellido) _____			
Relación con usted _____			
Número de teléfono (_____) _____			



IMPORTANTE, LEA ANTES DE FIRMAR 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 indemnificar, 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 las 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.

NOTA: Por favor escoja su equipo cuidadosamente porque queremos darle el teléfono más apropiado. CTAP reparará o cambiará equipo si 1) el equipo prestado al consumidor deja de trabajar o funciona mal o 2) si el certificado de discapacidad del consumidor cambia. Favor de devolver el equipo con todas las partes originales en el empaque del fabricante.

AVISO DE PRIVACIDAD: La CPUC DDTP, bajo la autoridad del Código de Servicios Públicos § 2881 (Public Utilities Code § 2881), utiliza este formulario para recopilar información personal únicamente para los fines de identificación y procesamiento de documentos. Salvo que se indique de otra manera, toda la información solicitada es obligatoria, y la información incompleta puede resultar en su procesamiento incorrecto. La información presentada se mantendrá confidencial en la medida que lo permita la ley, y está disponible para su revisión, previa solicitud. El DDTP cumple con la Ley de Prácticas de Información de 1977 (Information Practices Act of 1977), y su Política de Privacidad e información de contacto se encuentran en línea en el <http://ddtp.cpuc.ca.gov/privacy.aspx?LangType=1034>.

Firma del solicitante

Fecha

¿Quién está calificado para verificar si reúno los requisitos a fin de que yo pueda recibir el equipo? Después de llenar la sección 1, lleve este formulario a alguno de los siguientes agentes de certificación que pueden firmar su formulario: un médico, un asistente médico, un audiólogo, un cirujano, un proveedor de aparatos para la sordera, un optometrista, un médico de la Administración de Veteranos, un asesor de rehabilitación vocacional del Departamento de Rehabilitación, un Superintendente de una escuela para Sordos de Riverside/Fremont o un patólogo del habla y lenguaje. Uno de estos agentes de certificación deberá llenar la sección 2 antes de que usted nos pueda presentar el documento. No aceptamos firmas de herbolarios, quiroprácticos ni acupunturistas.

2. Pídale a un agente de certificación autorizado que

llene esta sección. Have this section completed by an authorized certifying agent.

- Licensed Medical Doctor
- Licensed Optometrist
- Licensed Audiologist
- Department of Rehabilitation Counselor
- Superintendent/Audiologist from the California School for the Deaf Fremont/Riverside
- Licensed Hearing Aid Dispenser (see provision below)*
- Licensed Physician Assistant
- Licensed Speech-Language Pathologist

Impairment(s) of the Applicant (Check All That Apply):

- Deaf/Deafened
- Mobility/Manipulation
- Hard of Hearing
- Blind
- Low Vision
- Speech
- Cognitive
- Hearing Loss:** Mild Moderate Severe
- Mobility:** Upper body Lower Body Both

Notes: _____

Signatory please write patient's name from page 1 here: _____

Address of patient from page 1: _____

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) _____

Professional Credentials _____ License Number _____

Telephone (_____) _____ Fax (_____) _____

Signature of Certifying Agent _____ Date _____

(No stamped signatures accepted)

*For 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 _____ HAD License Number _____ Telephone (_____) _____

3. Elija una forma para hacernos llegar este formulario de regreso.

► Lleve su formulario debidamente llenado a uno de nuestros Centros de Servicio:

- **Berkeley** Dentro del Ed Roberts Campus, 3075 Adeline Street, Suite 260, CA 94703
- **Fresno** 7525 N. Cedar Avenue, Suite 115, CA 93720
- **Glendale** 425 West Broadway, Suite 105, CA 91204
- **Redding** 2861 Churn Creek Road, Suite A, CA 96002 *Horario limitado*
- **Riverside** 2002 Iowa Avenue, Suite 106, CA 92507
- **Sacramento** 1300 Ethan Way, Suite 105, CA 95825
- **Salinas** Dentro del Deaf and Hard of Hearing Service Center, 339 Pajaro Street, Suite B, CA 93901 *Horario limitado*
- **San Diego** 1455 Frazee Road, Suite 406, CA 92108
- **San Francisco** Dentro del Hearing and Speech Center of Northern California, 1234 Divisadero Street, CA 94115 *Horario limitado*
- **Santa Ana** 2677 N. Main Street, Suite 130, CA 92705
- **Santa Barbara** Dentro del Independent Living Center, 423 W. Victoria Street, CA 93101 *Horario limitado*

Processed by
Date

CRT-SPN-WEB-14B-DDTP

► Envíelo por correo a:

CTAP, P.O. Box 30310, Stockton, CA 95213

► Envíelo por fax a:

1-800-889-3974

Si envía su formulario por correo o por fax, recibirá por correo una carta de aprobación en el plazo de una semana. Posteriormente deberá llamar (o visitar un Centro de Servicio) a fin de determinar cuál es el teléfono correcto para usted.



California Phones
Lo mantiene en contacto.



California Telephone Access Program

California Public Utilities Commission Deaf and Disabled Telecommunications Program

Para obtener más información o solicitudes adicionales visite

www.CaliforniaPhones.org Chat en web disponible.

Horario del Centro de Contacto: lunes a viernes de 7am a 6pm, y el sábado de 9am a 4pm.

- Español: 1-800-949-5650 國語: 1-866-324-8747 Tiếng Việt: 1-855-247-0106 Hmoob: 1-866-880-3394
- English: 1-800-806-1191 粵語: 1-866-324-8754 Русский: 1-855-546-7500 TTY: 1-800-806-4474
- Email en español: info-es@CaliforniaPhones.org English email: info@CaliforniaPhones.org