



California Public Utilities Commission Deaf and Disabled Telecommunications Program

# 立即申請！3 個簡單步驟：

## 1. 填寫此部分

|   |    |           |
|---|----|-----------|
| 姓氏  | 名字 | 中間名       |
| 居住地址  | 城市 | CA 州 郵遞區號 |
| 您的電話號碼 ( )  |    |           |
| 電子郵件地址  |    |           |
| 出生年份 ( 可選填 )  |    |           |
| 您的本地電話公司名稱  |    |           |
| 電話帳單上的姓名 ( 名字及姓氏 )  |    |           |
| 種族 ( 可選填 ) : <input type="checkbox"/> 白種人 <input type="checkbox"/> 拉丁美洲人 <input type="checkbox"/> 非洲裔美國人 <input type="checkbox"/> 美國印第安人<br><input type="checkbox"/> 太平洋島民 <input type="checkbox"/> 亞洲人 <input type="checkbox"/> 其他   |    |           |
| 我希望資料使用 : <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 西班牙語 <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 越南文<br><input type="checkbox"/> 俄語 <input type="checkbox"/> 苗語 <input type="checkbox"/> 點字法 <input type="checkbox"/> 大字體印刷資料 ( 英語 )<br><input type="checkbox"/> 大字體印刷資料 ( 西班牙語 ) |    |           |
| 其他聯絡人 ( 名字及姓氏 )   |    |           |
| 其他聯絡人與你的關係  |    |           |
| 其他聯絡人電話號碼 ( )   |    |           |



**重要提示！**簽署前請先閱讀。有限責任契約申請人特此同意 CPUC 及 / 或加州、及 / 或加州通訊基金會 (CCAF) 對於此服務內向申請人提供的通訊設備 ( 下稱「本設備」) 之擁有、使用、狀況及或操作，不提供任何明示或暗示擔保。申請人特此同意就任何及所有第三方就任何形式與本設備之擁有、使用、狀況及或操作有關的索償、費用 ( 包括但不限於合理的律師費用 ) 及損失對 CPUC、加利福尼亞州及 / 或 CCAF 予以保障賠償、辯護並使其免受傷害。申請人特此同意對於藉由或透過與本設備之擁有、使用及 / 或操作而直接或間接導致或指稱導致的任何法律責任、損失或損害，CPUC、加利福尼亞州及 / 或 CCAF 一概無須為申請人或其他任何人士負責。我證明我住在加州當地電話服務的家庭裡。

**注意：**為了向您提供最合適的電話，請謹慎選擇設備。CTAP 將會修理或替換設備，如 1) 向客戶借出的設備停止運作或發生故障或 2) 客戶的殘障證明有所變更。請退回設備及製造商包裝內的所有原本零件。

**隱私權保護聲明：** CPUC DDTP 在公用事業法規 第 § 2881 條允許之下，僅使用此表格來收集私人資料以處理文件與身分證明。除非另行告知，您必須填寫所有表格上所列的項目，如填寫不完整，將會影響到表格處理的過程。您所填寫的資料在一定法律範圍內被保密，且您可要求查看此資料。DDTP 遵行 1977 年信息法和它的隱私權保護政策。相關聯絡資訊可於網頁。

<http://ddtp.cpuc.ca.gov/privacy.aspx> 查詢。

申請人簽名

日期

哪些人員可以認證我是否有資格申請設備？

申請人在填寫第一部分資料後，須經下列認證人員之一在您的表上簽名：醫生、醫生助理、聽力師、外科醫生、助聽器驗配師、驗光師、退伍軍人管理局醫生、復健部職業復健處顧問、Riverside/Fremont 聾人學校督學或語言病理學家。在提交申請表之前，須由以上認證人員之一填寫表中的第二部分。我們不接受中藥醫生、脊椎推拿治療師或針灸醫生的簽名。

