California Phones
Мы поможем вам оставаться на связи.

California Telephone Access Program

California Public Utilities Commission Deaf and Disabled Telecommunications Program

Подайте заявку сегодня! 3 простых шага:

1. Заполните эту часть бланка.

Фамилия _____ Имя _____ Инициал _____

Адрес _____ Город _____ Штат CA Индекс _____

Телефон (_____) _____

Эл. почта _____

Год рождения (необязательно) _____

Название *местной* телефонной компании _____

Получатель телефонных счетов (имя, фамилия) _____

Этническая принадлежность (необязательно):

- ❑ Белые
- ❑ Латиноамериканцы
- ❑ Афроамериканцы
- ❑ Коренные американцы
- ❑ Выходцы с островов Тихого Океана
- ❑ Выходцы из Азии
- ❑ Другое

Предпочтительный язык материалов:

- ❑ Английский
- ❑ Испанский
- ❑ Китайский
- ❑ Вьетнамский
- ❑ Русский
- ❑ Хмонгский
- ❑ Шрифт Брайля
- ❑ Крупный шрифт (на английском)
- ❑ Крупный шрифт (на испанском)

Как вы о нас узнали?

- ❑ Радио
- ❑ Телевидение
- ❑ Газета
- ❑ Мероприятие
- ❑ Реклама на транспорте
- ❑ Интернет
- ❑ Другое _____

Альтернативный контакт (имя, фамилия) _____ Кем приходится _____

Телефон (_____) _____

31303FA000002

ЭТО ВАЖНО! ПРОЧИТАЙТЕ ПЕРЕД ПОДПИСАНИЕМ Соглашение об ограничении ответственности Заявитель настоящим признает, что CPUC, Штат Калифорния и/или California Communications Access Foundation (CCAF) не дают никаких явных или подразумеваемых гарантий в отношении владения, использования, состояния и/или работы телекоммуникационного оборудования, предоставленного Заявителю в рамках программы (Оборудование). Заявитель настоящим соглашается освободить CPUC, Штат Калифорния и/или CCAF от ответственности по любым претензиям третьих лиц, затратам (включая, без ограничения, разумные гонорары адвокатов) и убыткам, которые каким-либо образом возникли в результате или в связи с владением, использованием, состоянием и/или работой Оборудования. Заявитель настоящим соглашается, что CPUC, Штат Калифорния и/или CCAF не будут нести ответственность перед Заявителем или любыми другими лицами в отношении любых обязательств, потерь или убытков, которые прямо или косвенно вызваны или предположительно вызваны владением, использованием и/или работой Оборудования. Я подтверждаю, что проживаю в домовладении, которое является абонентом местной телефонной связи Калифорнии.

ПРИМЕЧАНИЕ: Выбирайте оборудование как можно внимательнее — мы хотим, чтобы вы получили телефон, максимально соответствующий вашим нуждам. Программа CTAP производит ремонт или замену оборудования, если: 1) оборудование, выданное во временное пользование, не работает или неисправно; 2) участнику изменена группа инвалидности. Пожалуйста, верните оборудование со всеми исходными деталями в упаковке изготовителя.

_____

Подпись заявителя Дата

Кто может подтвердить, что я имею право на оборудование? Заполнив часть 1, обратитесь с этим бланком к одному из следующих удостоверяющих агентов, которые могут подписать его: врачи, фельдшеры, отоларингологи, хирурги, распространители слуховых аппаратов, оптометристы, врачи Управления по делам ветеранов, консультанты по профессиональной реабилитации Департамента реабилитации, инспекторы школ для глухих в Риверсайде и Фремонте или логопеды. Один из этих удостоверяющих агентов должен заполнить Часть 2 бланка, после чего вы сможете передать документ нам. Мы не принимаем подписи специалистов по траволечению, мануальной терапии или акупунктуре.

2. Попросите уполномоченного удостоверяющего агента заполнить эту часть. 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. Выберите способ передачи бланка.

▶ **Придите с заполненным бланком лично в один из наших центров обслуживания:**

- **Berkeley** На территории Ed Roberts Campus вверх от станции Ashby BART по адресу 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 *Рабочее время ограничено*
- **Riverside** 2002 Iowa Avenue, Suite 106, CA 92507
- **Sacramento** 1300 Ethan Way, Suite 105, CA 95825
- **Salinas** В помещении DHHSC Office, 339 Pajaro Street, Suite B, CA 93901 *Рабочее время ограничено*
- **San Diego** 1455 Frazee Road, Suite 406, CA 92108
- **Santa Ana** 2677 N. Main Street, Suite 130, CA 92705
- **Santa Barbara** В помещении Independent Living Center 423 W. Victoria Street, CA 93101 *Рабочее время ограничено*

Уточняйте адреса и часы работы на сайте или по телефону.

Только для административного использования.

Processed by	Date

CRT-RUS-WEB-13C-DDTP

▶ **По почте: CTAP, P.O. Box 30310, Stockton, CA 95213** ▶ **По факсу: 1-800-889-3974**

Если вы отправили бланк по почте или факсу, дождитесь получения по почте письма об одобрении заявки (в течение недели), а затем позвоните нам (или посетите центр обслуживания), чтобы подобрать наиболее подходящее для вас оборудование!

California Phones
Мы поможем вам оставаться на связи.

California Telephone Access Program

California Public Utilities Commission Deaf and Disabled Telecommunications Program

Чтобы больше узнать о программе или получить дополнительные бланки, посетите сайт **www.CaliforniaPhones.org**
Обратитесь в центр поддержки: Пн-Пт (07-6), Сб (09-4).

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