



**California Phones**  
Lo mantiene en contacto.



**California Telephone Access Program**

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):     Caucásico                       Latino                       Africano Americano  
 Americano Autóctono                       Isleño del Pacífico                       Asiático                       Otro

Prefiero materiales en:     Inglés                       Español                       Chino                       Vietnamita  
 Ruso                       Hmong                       Braille                       Letras grandes (inglés)  
 Letras grandes (español)

¿Cómo supo de nosotros?     Radio                       Televisión                       Periódico                       Evento  
 Anuncio de autobús                       En Internet                       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.

**Firma del solicitante** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**¿Quién está calificado para verificar si reúne 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 DHHSC Office, 339 Pajaro Street, Suite B, CA 93901 *Horario limitado*
- **San Diego** 1455 Frazee Road, Suite 406, CA 92108
- **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*

Por favor confirme las direcciones y las horas de operación en Internet o llámenos.

### ► 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

Processed by	
Date	

Para uso oficial únicamente

CRT-SPN-WEB-13C-DDTP