

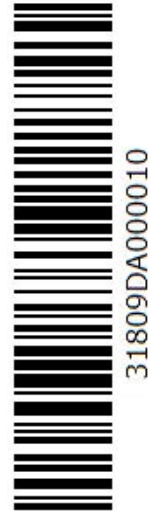


California Public Utilities Commission Deaf and Disabled Telecommunications Program

# 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
家庭電話號碼 ( )	手提電話號碼 ( )	郵遞區號
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 <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 <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 ) <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 ( )	其他聯絡人手提電話號碼 ( )	



**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。

**2. 由授權的認證人員填寫此部分。** Have this section completed by an authorized certifying agent.  
(按摩治療師或針灸師簽名無效)。

- 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. 選擇以下一種方法交回此表格。**

▶ 請把填好的表格交至下列任何一間服務中心，即可在當天取得電話：服務中心位置請查看此網站 (www.californiaphones.org)

▶ 郵寄至： **CTAP/California Phones**  
P.O. Box 30310, Stockton, CA 95213

▶ 傳真至：**1-800-889-3974**

如郵寄、發送電子郵件或傳真表格，應於一週內收到認可信件，然後請來電（或到服務中心）選擇適合您的電話！我們便可為您寄送電話或者您可以在服務中心領取電話。

如果您在填寫此申請表時需要協助，或想要瞭解更多資訊或更多申請，請瀏覽 **www.californiaphones.org** 支援網路線上諮詢。

聯絡中心營業時間：週一至週五（上午7時至下午6時），週六（上午9時至下午4時），節假日除外。

- English: 1-800-806-1191
- Tiếng Việt: 1-855-247-0106
- Español: 1-800-949-5650
- Русский: 1-855-546-7500
- 國語: 1-866-324-8747
- Hmoob: 1-866-880-3394
- 粵語: 1-866-324-8754
- TTY: 1-800-806-4474

English email: info@CaliforniaPhones.org  
Email en español: info-es@CaliforniaPhones.org



Processed by	
Date	

辦公室專用

CRT-CHI-WEB-19C-DDTP