California Phones
Keeping you connected.

California Telephone Access Program

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 _____

家庭電話號碼（　　）_____ 手提電話號碼（　　）_____

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）：☐白種人 ☐拉丁美洲人 ☐非洲裔美國人 ☐美國印第人 ☐太平洋島民 ☐亞洲人 ☐其他

我希望資料使用：☐英語 ☐西班牙語 ☐中文 ☐越南文 ☐俄語 ☐苗語 ☐點字法 ☐大字體印刷資料（英語） ☐大字體印刷資料（西班牙語）

32010DA000001

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。我證明我住在使用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。

辦公室專用

Processed by	Date

CRT-CHI-WEB-20J-DDTP

English: 1-800-806-1191
Español: 1-800-949-5650
因捂: 1-866-324-8747
粵捂: 1-866-324-8754
Tiêng Viêt: 1-855-247-0106
Русский: 1-855-546-7500
Hmoob: 1-866-880-3394
TTY: 1-800-806-4474

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

California Phones
Keeping you connected.