



California Public Utilities Commission Deaf and Disabled Telecommunications Program

¡Haga su solicitud hoy mismo! 3 pasos sencillos:

1. Llene esta sección.

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado CA Código Postal _____

Su número de teléfono fijo () _____ Su número de teléfono celular () _____

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)

Contacto alternativo (nombre y apellido) _____

Relación con usted _____

Número de teléfono fijo () _____ Número de teléfono celular () _____



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.

AVISO DE PRIVACIDAD: La CPUC DDTP, bajo la autoridad del Código de Servicios Públicos § 2881 (Public Utilities Code § 2881), utiliza este formulario para recopilar información personal únicamente para los fines de identificación y procesamiento de documentos. Salvo que se indique de otra manera, toda la información solicitada es obligatoria, y la información incompleta puede resultar en su procesamiento incorrecto. La información presentada se mantendrá confidencial en la medida que lo permita la ley, y está disponible para su revisión, previa solicitud. El DDTP cumple con la Ley de Prácticas de Información de 1977 (Information Practices Act of 1977), y su Política de Privacidad e información de contacto se encuentran en línea en el <http://ddtp.cpuc.ca.gov/privacy.aspx?LangType=1034>.

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.

Print/save now and ask your authorized certifying professional to complete section 2 and return the form to you to sign and submit.

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 (_____) _____

Para uso oficial únicamente

Processed by	Date

CRT-SPN-WEB-19C ddtp

3. Elija una forma para hacernos llegar este formulario de regreso.

► **Lleve su formulario debidamente llenado a uno de nuestros Centros de Servicio y reciba el teléfono el mismo día.** Consulte encuentra la ubicación de los Centros de Servicio Web Site (www.californiaphones.org).

► **Envíelo por correo a:**  CTAP/California Phones
P.O. Box 30310, Stockton, CA 95213

► **Envíelo por fax a: 1-800-889-3974**

Si usted envía el formulario por correo, email, o transmisión facsímil, espere una carta de aprobación en el correo dentro de una semana y entonces llame (o visite a un Centro de Servicio) para determinar cuál es el mejor teléfono para usted! Entonces, podemos enviarle su teléfono, o lo puede recoger en un Centro de Servicio.

Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, obtener mayor información o solicitudes adicionales, visite www.CaliforniaPhones.org Chat en web disponible.

Horario del Centro de Contacto: lunes a viernes de 7 AM a 6 PM, y el sábado de 9 AM a 4 PM.

Español: 1-800-949-5650

Tiếng Việt: 1-855-247-0106

Email en español:

English: 1-800-806-1191

Русский: 1-855-546-7500

info-es@CaliforniaPhones.org

國語: 1-866-324-8747

Hmoob: 1-866-880-3394

English email:

粵語: 1-866-324-8754

TTY: 1-800-806-4474

info@CaliforniaPhones.org

