



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-20J 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](http://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](http://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:**

[info-es@CaliforniaPhones.org](mailto:info-es@CaliforniaPhones.org)

English: 1-800-806-1191

Русский: 1-855-546-7500

**English email:**

[info@CaliforniaPhones.org](mailto:info@CaliforniaPhones.org)

國語: 1-866-324-8747

Hmoob: 1-866-880-3394

粵語: 1-866-324-8754

TTY: 1-800-806-4474

