

1. 填寫此部分。

共2頁的第1頁

姓氏	名字	中間名
----	----	-----

居住地址	城市	州	郵遞區號
------	----	---	------

您的電話號碼 (_____) _____ 家庭電話號碼 手提電話

電子郵件地址 _____ 出生年份 (可選填) _____

本地電話公司名稱 _____

電話賬單上的姓名 (名字和姓氏) _____

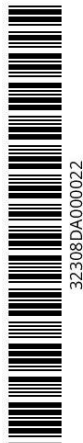
族裔 (可選填): 白種人 拉丁裔 非裔美國人
 美洲原住民 太平洋島民 亞裔 其他

我希望資料使用: 英語 西班牙語 中文 越南語
 俄語 苗語 盲文 大字體 (英語)
 大字體 (西班牙語)

其他聯絡人 (名字和姓氏) _____

其他聯絡人 與你的關係 _____

其他聯絡人 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。我確 認本人目前住在加利福尼亞州和已訂購電話服務。

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 DDTF 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。DDTF 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。 <https://ddtf.cpuc.ca.gov/privacy.aspx> 查詢。

申請人簽名

日期

- Licensed Medical Doctor
- Licensed Optometrist
- Licensed Audiologist
- Department of Rehabilitation Counselor
- Licensed Nurse Practitioner
- 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

Processed by	Date

CRT-CHI-CONNECT-23H

Office Use Only

3.選擇 以下 一種方式交回此表格。

► 將填妥的表格帶到我們的其中一個服務中心, 並在當天獲得電話機:

請瀏覽本網站上的服務中心地點: www.californiaphones.org/locations

► 郵寄: CTAP, P.O. Box 30310, Stockton, CA 95213

► 傳真: 1-800-889-3974

如果您以郵寄、傳真或電子郵件方式提交填妥的表格, 您將收到信函或電話, 告知您如何選擇最適合您需求的電話機, 並將該電話機寄給您。如果您在服務中心提交申請表, 您可以當場試用電話機並將它帶回家。

如需其他申請, 請瀏覽 CAconnect.org 該網站提供線上聊天服務。

聯絡中心營業時間: 週一至週五 (上午8點至下午6點)

英語/美國手語: 1-800-806-1191

國語: 1-866-324-8747

Tiếng Việt: 1-855-247-0106

Español: 1-800-949-5650

粵語: 1-866-324-8754

Русский: 1-855-546-7500

TTY 聽障專線: 1-800-806-4474

Hmoob: 1-866-880-3394

英語電子郵件: info@CaliforniaPhones.org

Email en español: info-es@CaliforniaPhones.org