

Подайте заявку сегодня! 3 простых шага:

1. Заполните эту часть бланка.

Стр. 1 из 2

Фамилия _____	Имя _____	Инициал _____	
Адрес _____	Город _____	Штат _____	Индекс _____
Ваш номер телефона (_____) _____ <input type="checkbox"/> Домашний телефон <input type="checkbox"/> Мобильный телефон			
Эл. почта _____ Год рождения (необязательно) _____			
Название местной телефонной компании _____			
Имя на телефонных счетах (имя, фамилия) _____			
Этническая принадлежность (необязательно):			
<input type="checkbox"/> Белокожий <input type="checkbox"/> Латино <input type="checkbox"/> Афроамериканец			
<input type="checkbox"/> Коренной американец <input type="checkbox"/> Выходец с островов Тихого Океана			
<input type="checkbox"/> Азиат <input type="checkbox"/> Другое			
Предпочитаемый язык материалов:			
<input type="checkbox"/> Английский <input type="checkbox"/> Испанский <input type="checkbox"/> Китайский <input type="checkbox"/> Вьетнамский			
<input type="checkbox"/> Русский <input type="checkbox"/> Хмонгский <input type="checkbox"/> Шрифт Брайля			
<input type="checkbox"/> Крупный шрифт (на английском) <input type="checkbox"/> Крупный шрифт (на испанском)			
Альтернативный контакт (имя, фамилия) _____			
Кем приходится _____			
Номер телефона (_____) _____			



32308FA00024

ЭТО ВАЖНО! ПРОЧИТАЙТЕ ПЕРЕД ПОДПИСАНИЕМ Соглашение об ограничении ответственности Заявитель настоящим признает, что CPUC и/или Штат Калифорния и/или California Communications Access Foundation (CCAF) не дают никаких явных или подразумеваемых гарантий в отношении владения, использования, состояния и/или работы телекоммуникационного оборудования, предоставленного Заявителю в рамках программы (Оборудование). Заявитель настоящим соглашается освободить CPUC, Штат Калифорния и/или CCAF от ответственности по любым претензиям третьих лиц, затратам (включая, без ограничения, разумные гонорары адвокатов) и убыткам, которые каким-либо образом возникли в результате или в связи с владением, использованием, состоянием и/или работой Оборудования. Заявитель настоящим соглашается, что CPUC, Штат Калифорния и/или CCAF не будут нести ответственность перед Заявителем или любыми другими лицами в отношении любых обязательств, потерь или убытков, которые прямо или косвенно вызваны или предположительно вызваны владением, использованием и/или работой Оборудования. Я подтверждаю, что проживаю в домохозяйстве с телефонным обслуживанием в Калифорнии.

ПРИМЕЧАНИЕ: Выбирайте оборудование как можно внимательнее — мы хотим, чтобы вы получили телефон, максимально соответствующий вашим needs. СТАР производит ремонт или замену оборудования, если: 1) оборудование, выданное во временное пользование потребителю, не работает или неисправно; 2) потребителю изменена группа инвалидности. Пожалуйста, верните оборудование со всеми исходными деталями в упаковке изготовителя.

ИНФОРМАЦИЯ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ: Программа телефонной связи для глухих и инвалидов Комиссии по коммунальным услугам Калифорнии (CPUC DDTP) в соответствии с Кодексом коммунальных услуг § 2881 использует данную форму для сбора персональной информации исключительно с целью установления личности и обработки документов. Вся запрашиваемая информация должна предоставляться в обязательном порядке, а неполная информация может привести к неправильной обработке документов. Предоставленная информация является конфиденциальной в пределах, допустимых законом, и может быть доступна для изучения по вашему требованию. Программа телефонной связи для глухих и инвалидов (DDTP) соответствует требованиям Акта об информационной практике от 1977 года и Политики конфиденциальности, и контактная информация размещена в интернете по адресу <http://ddtp.cpuc.ca.gov/privacy.aspx>.

Подпись заявителя

Дата

- 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-RUS-CONNECT-23H

Office Use Only

3. Выберите один из способов вернуть эту форму.

- ▶ **Принесите заполненный бланк в один из наших центров обслуживания и в тот же день получите телефон:**

Адреса центров обслуживания можно найти на веб-сайте www.californiaphones.org/locations

- ▶ **По почте: СТАР, Р.О. Вох 30310, Stockton, CA 95213**

- ▶ **По факсу: 1-800-889-3974**

Если вы отправите заполненную форму по почте, факсу или электронной почте, вы получите письмо или телефонный звонок о том, как выбрать лучший телефон для ваших нужд, и он будет отправлен вам. Если вы принесете форму в центр обслуживания, вы сможете опробовать телефон и взять его с собой домой.

Для дополнительных бланков для заявлений посетите **CAconnect.org** Имеется веб-чат.

Часы работы контактного центра: Пн.–Пт. (8:00–18:00)

English/ASL: 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: 1-800-806-4474

Hmoob: 1-866-880-3394

English email: info@CaliforniaPhones.org

Email en español: info-es@CaliforniaPhones.org