

1. Complete esta sección.

Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

Dirección Ciudad Estado Código Postal

Su número de teléfono () celular

Correo electrónico Año de nacimiento (opcional)

Nombre de la compañía telefónica local

Nombre en la factura del teléfono (nombre y apellido)

Etnia (opcional): Caucaásico Latino Afroamericano Nativo Americano Isleño del Pacífico Asiático Otro

Prefiero materiales en: Inglés Español Chino Vietnamita Ruso Hmong Braille Letra grande (inglés) Letra grande (español)

Contacto alternativo (nombre y apellido)

Relación

Número de teléfono ()



¡IMPORTANTE, LEA ANTES DE FIRMAR! Acuerdo de responsabilidad limitada. El solicitante acepta que la CPUC y/o el Estado de California, y/o la Fundación de Acceso a las Comunicaciones de California (CCAF) no ofrecen ninguna garantía, ya sea expresa o implícita, con respecto a la posesión, uso, condición y/o u operación del equipo de telecomunicaciones proporcionado al solicitante como parte de este programa (el Equipo). Por la presente, el solicitante acepta indemnizar, defender y eximir de cualquier responsabilidad a la CPUC, al estado de California y/o a la CCAF de cualquier reclamo, costos (incluidos, entre otros, los honorarios razonables de los abogados) y pérdidas de terceros que de alguna manera puedan surgir de o en conexión con la posesión, uso, condición y/u operación del Equipo. El solicitante acuerda por la presente que la CPUC, el Estado de California y/o la CCAF no tendrán ninguna responsabilidad ante el solicitante o cualquier otra persona con respecto a cualquier responsabilidad, pérdida o daño causado o presuntamente causado, directa o indirectamente, por o a través de la posesión, uso y/u operación del Equipo. Confirmando que vivo en un hogar que está suscrito al servicio telefónico local en California.

NOTA: Por favor, elija su equipo con cuidado porque queremos ofrecerle el teléfono más adecuado. CTAP reparará o cambiará el equipo si 1) el equipo prestado al consumidor deja de funcionar o funciona mal o 2) cambia la certificación de discapacidad del consumidor. Por favor, devuelva su equipo con todas las piezas originales en el embalaje del fabricante.

AVISO DE PRIVACIDAD: La CPUC DDTP, bajo la autoridad del Código de Servicios Públicos § 2881, utiliza este formulario para recopilar información personal únicamente con fines de identificación y procesamiento de documentos. A menos que se indique lo contrario, toda la información solicitada es obligatoria y la información incompleta puede resultar en un procesamiento incorrecto. La información enviada se mantendrá confidencial en la medida permitida por la ley y está disponible para su revisión, previa solicitud. El DDTP cumple con la Ley de Prácticas de Información de 1977, y sus Políticas de privacidad e información de contacto están en línea en http://ddtp.cpuc.ca.gov/privacy.aspx.

Firma del solicitante Fecha

Imprima ahora y solicite a su certificador profesional autorizado que complete la sección dos y le devuelva el formulario para que lo firme y lo envíe.

- 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-SPN-CONNECT-23H

Office Use Only

3. Elija una forma de devolver este formulario.

► **Lleve su formulario completo a uno de nuestros Centros de Servicio y obtenga el teléfono el mismo día:**
Encuentre las ubicaciones de los Centros de servicio en este sitio web: www.californiaphones.org/locations

► **Por correo: CTAP, P.O. Box 30310, Stockton, CA 95213** ► **Fax: 1-800-889-3974**

Si usted envía por correo, fax o correo electrónico su formulario completo, recibirá una carta o una llamada telefónica sobre cómo seleccionar el mejor teléfono para sus necesidades y se lo enviaremos. Si usted lleva su formulario a un Centro de Servicio, podrá probar el teléfono y llevárselo a su casa.

Para más aplicaciones visite **CAconnect.org** Chat en línea disponible.

Horarios del centro de contacto: Lu-Vi (8am-6pm)

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

Correo electrónico en español: info-es@CaliforniaPhones.org