

HÃY NỘ ĐƠN HÔM NAY! 3 Bước Đơn giản:

1. Hoàn thành mục này

Trang 1/2

Họ _____ Tên _____ Tên lót viết tắt _____

Tên đường _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã Zip _____

Số điện thoại của quý vị (_____) _____ Điện Thoại Bàn Điện Thoại Cầm Tay

Địa chỉ Email _____ Năm sinh (không bắt buộc) _____

Tên Công ty Điện thoại Địa phương _____

Tên trên Hóa đơn Điện thoại (Tên & Họ) _____

Dân tộc Da trắng La-tinh Mỹ gốc Phi Mỹ bản địa
(không bắt buộc): Đảo Thái Bình Dương Châu Á Khác

Tôi muốn nhận tài liệu bằng tiếng: Anh Tây Ban Nha Trung Quốc Việt
 Nga H'mông Chữ nổi
 Chữ in cỡ lớn (Tiếng Anh) Chữ in cỡ lớn (Tiếng Tây Ban Nha)

Thông tin liên lạc thay người thế (Tên & Họ) _____

Quan hệ _____

Số điện thoại (_____) _____

QUAN TRỌNG, ĐỌC TRƯỚC KHI KÝ Thỏa thuận Trách nhiệm Pháp lý Hữu hạn Người nộp đơn đồng ý rằng CPUC và/hoặc Bang California, và/hoặc Tổ chức Truy cập Truyền thông California (CCAF) sẽ không bảo đảm, dù nói rõ hay ngụ ý, liên quan đến việc sở hữu, sử dụng, điều kiện, và/hoặc vận hành trang thiết bị viễn thông (Thiết bị) được cung cấp cho người nộp đơn như một phần của chương trình này. Người nộp đơn đồng ý bồi thường, bảo chữa, và không gây hại cho CPUC, Bang California, và/hoặc CCAF từ một và toàn bộ khiếu nại, chi phí (bao gồm phí luật sư hợp lý không giới hạn), và các tổn thất phát sinh ngoài hoặc liên quan đến việc sở hữu, sử dụng, điều kiện, và/hoặc vận hành Thiết bị của bên thứ ba. Người nộp đơn đồng ý rằng CPUC, Bang California, và/hoặc CCAF sẽ không chịu trách nhiệm đối với người nộp đơn hoặc bất cứ người nào về bất cứ trách nhiệm, tổn thất, hoặc thương tổn gây ra, hoặc bị cáo buộc là gây ra một cách trực tiếp hoặc gián tiếp bởi hoặc thông qua việc sở hữu, sử dụng, điều kiện, và/hoặc vận hành Thiết bị. Tôi xác thực rằng tôi sống trong hộ gia đình có đăng ký dịch vụ viễn thông địa phương tại bang California.

LƯU Ý: Quý vị vui lòng lựa chọn thiết bị cẩn thận vì chúng tôi muốn cung cấp cho quý vị chiếc điện thoại phù hợp nhất. CTAP sẽ sửa chữa hoặc đổi thiết bị nếu 1) thiết bị cho người tiêu dùng mượn ngừng hoạt động hoặc bị hư hỏng, hoặc 2) giấy chứng nhận khuyết tật của người tiêu dùng có thay đổi. Quý vị vui lòng trả thiết bị của mình với những linh kiện nguyên bản trong hộp đóng gói của nhà sản xuất.

THÔNG BÁO QUYỀN RIÊNG TƯ: Cơ quan CPUC DDTP, dưới sự ủy quyền của Luật Tiện ích Công cộng § 2881, sử dụng biểu mẫu này để thu thập thông tin cho mục đích thuận tụy là định danh và xử lý hồ sơ. Trừ khi có thông báo khác, tất cả thông tin được yêu cầu quý vị bắt buộc phải cung cấp, và thông tin sai lệch có thể dẫn đến xử lý không thỏa đáng. Thông tin được cung cấp sẽ được giữ bí mật theo mức độ luật pháp cho phép và sẵn sàng cho quý vị xem xét theo yêu cầu. DDTP tuân thủ Đạo luật Hành xử về Thông tin năm 1977, và Chính sách Quyền Riêng tư đi kèm cũng như thông tin liên hệ đã được đăng tải trên trang web <http://ddtp.cpuc.ca.gov/privacy.aspx>

Chữ ký của Người nộp đơn

Ngày

In mẫu này và yêu cầu chuyên gia chứng thực được ủy quyền của quý vị hoàn thành mục hai và gửi lại để quý vị ký tên và nộp đơn.



32308EA000024

- 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

Office Use Only

CRT-VIT-CONNECT-23H

3. Chọn một cách gửi đơn này.

► **Vui lòng mang đơn đã điền đến một trong các Trung tâm Dịch vụ của chúng tôi và lấy điện thoại ngay trong ngày:** Tham khảo các Trung tâm Dịch vụ trên trang Web này: www.californiaphones.org/locations

► **Gửi thư về: CTAP, P.O. Box 30310, Stockton, CA 95213** ► **Fax: 1-800-889-3974**

Nếu quý vị gửi thư, fax, hoặc gửi đơn đã điền qua email, quý vị sẽ nhận được thư hoặc cuộc gọi hướng dẫn cách chọn điện thoại tốt nhất cho nhu cầu của quý vị và quý vị sẽ nhận được máy. Nếu quý vị nộp đơn tại Trung tâm Dịch vụ, quý vị có thể thử điện thoại và mang nó về nhà.

Để nộp các đơn khác, vui lòng truy cập trò chuyện qua Web **CAconnect.org**

Thời gian liên hệ Trung tâm Dịch vụ: Thứ hai–Thứ sáu(8:00-18:00)

Tiếng Anh/ASL: 1-800-806-1191

國語: 1-866-324-8747

Tiếng Việt: 1-855-247-0106

Tiếng Tây Ban Nha: 1-800-949-5650

粵語: 1-866-324-8754

Tiếng Nga: 1-855-546-7500

TTY: 1-800-806-4474

H'mông : 1-866-880-3394

English Tiếng Anh: info@CaliforniaPhones.org

Email Tiếng Tây Ban Nha: info-es@CaliforniaPhones.org