



**California Phones**  
Keeping you connected.



**California Telephone Access Program**

California Public Utilities Commission Deaf and Disabled Telecommunications Program

**Подайте заявку сегодня! 3 простых шага: 1. Заполните эту часть бланка.**

Фамилия	Имя	Инициал
Адрес	Город	CA Штат
Телефон (    )		Индекс
Эл. почта		
Год рождения (необязательно)		
Название <i>местной</i> телефонной компании		
Получатель телефонных счетов (имя, фамилия)		



Этническая принадлежность (необязательно):

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Белые               | <input type="checkbox"/> Латиноамериканцы                 | <input type="checkbox"/> Афроамериканцы |
| <input type="checkbox"/> Коренные американцы | <input type="checkbox"/> Выходцы с островов Тихого Океана |   |
| <input type="checkbox"/> Выходцы из Азии     | <input type="checkbox"/> Другое                           |   |

Предпочтительный язык материалов:

- |  |   |                                     |                                    |
|--|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Китайский                     | <input type="checkbox"/> Вьетнамский                  | <input type="checkbox"/> Английский | <input type="checkbox"/> Испанский |
| <input type="checkbox"/> Шрифт Брайля                  | <input type="checkbox"/> Крупный шрифт (на испанском) | <input type="checkbox"/> Русский    | <input type="checkbox"/> Хмонгский |
| <input type="checkbox"/> Крупный шрифт (на английском) |   |                                     |                                    |

Альтернативный контакт (имя, фамилия) \_\_\_\_\_ Кем приходится \_\_\_\_\_

Телефон (    ) \_\_\_\_\_

**ЭТО ВАЖНО! ПРОЧИТАЙТЕ ПЕРЕД ПОДПИСАНИЕМ** Соглашение об ограничении ответственности Заявитель настоящим признает, что CPUC, 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 домовладении, которое является абонентом местной телефонной связи Калифорнии.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Выбирайте оборудование как можно внимательнее — мы хотим, чтобы вы получили телефон, максимально соответствующий вашим needs. Программа СТАР производит ремонт или замену оборудования, если: 1) оборудование, выданное во временное пользование, не работает или неисправно; 2) участнику 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, исключения составляют отдельно оговоренные случаи. Неполная информация может повлечь за собой неправильную обработку документов. Предоставленная информация является конфиденциальной в пределах, допустимых законом. Предоставленная информация доступна по вашему требованию. Программа телефонной связи для глухих и инвалидов (DDTP) соответствует требованиям Акта об информационной практике от 1977 года. Политика конфиденциальности и контактная информация Программы телефонной связи размещены в интернете по адресу <http://ddtp.cpus.ca.gov/privacy.aspx>.

**Подпись заявителя** \_\_\_\_\_

**Дата** \_\_\_\_\_

**Кто может подтвердить, что я имею право на оборудование?** Заполнив часть 1, обратитесь с этим бланком к одному из следующих удостоверяющих агентов, которые могут подписать его: врачи, фельдшеры, отоларингологи, хирурги, распространители слуховых аппаратов, оптометристы, врачи Управления по делам ветеранов, консультанты по профессиональной реабилитации Департамента реабилитации, инспекторы школ для глухих в Риверсайде и Фремонте или логопеды. Один из этих удостоверяющих агентов должен заполнить Часть 2 бланка, после чего вы сможете передать документ нам. Мы не принимаем подписи специалистов по траволечению, мануальной терапии или акупунктуре.

**заполнить эту часть. 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

**3. Выберите способ передачи бланка.**

► **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)**

► **По почте:**  **CTAP/California Phones**  
 P.O. Box 30310, Stockton, CA 95213

► **По факсу: 1-800-889-3974** «

Если вы отправите бланк по обычной или электронной почте, или по факсу, дождитесь письма-подтверждения, которое должно прийти в течение недели, и позвоните (или придите) в центр обслуживания, чтобы вам подобрали подходящий для вас телефон. Вы сможете получить его по почте или в центре обслуживания.

Если вам требуется помощь в заполнении данного заявления, нужна дополнительная информация или бланки, посетите веб-сайт [www.californiaphones.org](http://www.californiaphones.org) Имеется веб-чат.

Часы работы контактного центра: пн.-пт. ( 7:00-18:00), сб. (9:00-16:00), кроме праздников.

- English: 1-800-806-1191                      Tiếng Việt: 1-855-247-0106  
 Español: 1-800-949-5650                      Русский: 1-855-546-7400  
 國語: 1-866-324-8747                      Hmoob: 1-866-880-3394  
 粵語: 1-866-324-8754                      TTY: 1-800-806-4474

**English email:** [info@CaliforniaPhones.org](mailto:info@CaliforniaPhones.org)  
**Email en español:** [info-es@CaliforniaPhones.org](mailto:info-es@CaliforniaPhones.org)



Только для административного использования.	Processed by
	Date

CRT-RUS-WEB-15C-CP