



California Phones
Keeping you connected.

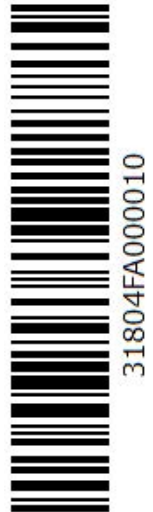


California Telephone Access Program

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"/> 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 _____

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 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
 Email en español: info-es@CaliforniaPhones.org



Только для административного использования.	Processed by
	Date

CRT-RUS-WEB-15C-CP