



## 2. Đề nghị đại diện chứng nhận được ủy quyền hoàn thành mục này.

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. Chọn một cách để gửi lại mẫu này.

► **Mang mẫu đơn đã điền của quý vị tới một trong số các Trung Tâm Dịch Vụ của chúng tôi và nhận điện thoại trong cùng ngày:** Xem các địa điểm Trung Tâm Dịch Vụ trên trang web này ([www.californiaphones.org](http://www.californiaphones.org))

► **Gửi thư qua đường bưu điện đến:**  CTAP/California Phones  
P.O. Box 30310, Stockton, CA 95213

► **Gửi Fax đến: 1-800-889-3974**

Nếu quý vị gửi qua đường bưu điện hoặc gửi fax mẫu đơn, hãy chờ thư phê duyệt được gửi qua đường bưu điện trong vòng một tuần, và sau đó gọi (hoặc tới Trung Tâm Dịch Vụ) để xác định chiếc điện thoại phù hợp dành cho mình! Sau đó chúng tôi có thể gửi điện thoại cho quý vị hoặc quý vị có thể đến lấy tại Trung Tâm Dịch Vụ.

Để được trợ giúp điền mẫu đơn này, để biết thêm thông tin hoặc các ứng dụng khác, hãy truy cập [www.californiaphones.org](http://www.californiaphones.org) Chúng tôi có trò chuyện trực tuyến trên Web.

Liên hệ vào giờ làm việc của Trung Tâm: Thứ Hai-Thứ Sáu (7 giờ sáng-6 giờ chiều), Thứ Bảy (9 giờ sáng-4 giờ chiều), trừ những ngày lễ.

English: 1-800-806-1191

Tiếng Việt: 1-855-247-0106

Español: 1-800-949-5650

Русский: 1-855-546-7500

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)



Chỉ dùng cho văn phòng.

Processed by

Date

CRT-VN-WEB-15(-CP)