



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 _____
Телефон () _____		Штат _____
Эл. почта _____		Индекс _____
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) | | <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.

2. Попросите уполномоченного удостоверяющего агента Стр. 2 из 2

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