



**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