

# Подайте заявку сегодня! 3 простых шага:

## 1. Заполните эту часть бланка.

Стр. 1 из 2

Фамилия _____	Имя _____	Инициал _____	
Адрес _____	Город _____	Штат _____	Индекс _____
Ваш номер телефона ( _____ ) _____ <input type="checkbox"/> Домашний телефон <input type="checkbox"/> Мобильный телефон			
Эл. почта _____ Год рождения (необязательно) _____			
Название местной телефонной компании _____			
Имя на телефонных счетах (имя, фамилия) _____			
Этническая принадлежность (необязательно):			
<input type="checkbox"/> Белокожий <input type="checkbox"/> Латино <input type="checkbox"/> Афроамериканец			
<input type="checkbox"/> Коренной американец <input type="checkbox"/> Выходец с островов Тихого Океана			
<input type="checkbox"/> Азиат <input type="checkbox"/> Другое			
Предпочитаемый 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 _____			
Номер телефона ( _____ ) _____			



32401FA00022

**ЭТО ВАЖНО! ПРОЧИТАЙТЕ ПЕРЕД ПОДПИСАНИЕМ** Соглашение об ограничении ответственности Заявитель настоящим признает, что CPUC и/или 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 домохозяйстве с телефонным обслуживанием в Калифорнии.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Выбирайте оборудование как можно внимательнее — мы хотим, чтобы вы получили телефон, максимально соответствующий вашим нуждам. СТАР производит ремонт или замену оборудования, если: 1) оборудование, выданное во временное пользование потребителю, не работает или неисправно; 2) потребителю 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, а неполная информация может привести к неправильной обработке документов. Предоставленная информация является конфиденциальной в пределах, допустимых законом, и может быть доступна для изучения по вашему требованию. Программа телефонной связи для глухих и инвалидов (DDTP) соответствует требованиям Акта об информационной практике от 1977 года и Политики конфиденциальности, и контактная информация размещена в интернете по адресу <http://ddtp.cpuc.ca.gov/privacy.aspx>.

Подпись заявителя

Дата

- Licensed Medical Doctor
- Licensed Optometrist
- Licensed Audiologist
- Department of Rehabilitation Counselor
- Licensed Nurse Practitioner
- 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

Processed by	Date

CRT-RUS-CONNECT-23H

Office Use Only

3. Выберите один из способов вернуть эту форму.

- ▶ **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/locations](http://www.californiaphones.org/locations)

- ▶ **По почте: СТАР, Р.О. Box 30310, Stockton, CA 95213**

- ▶ **По факсу: 1-800-889-3974**

Если вы отправите заполненную форму по почте, факсу или электронной почте, вы получите письмо или телефонный звонок о том, как выбрать лучший телефон для ваших нужд, и он будет отправлен вам. Если вы принесете форму в центр обслуживания, вы сможете опробовать телефон и взять его с собой домой.

Для дополнительных бланков для заявлений посетите **CAconnect.org** Имеется веб-чат.

Часы работы контактного центра: Пн.–Пт. (8:00–18:00)

English/ASL: 1-800-806-1191

國語: 1-866-324-8747

Tiếng Việt: 1-855-247-0106

Español: 1-800-949-5650

粵語: 1-866-324-8754

Русский: 1-855-546-7500

TTY: 1-800-806-4474

Hmoob: 1-866-880-3394

English email: [info@CaliforniaPhones.org](mailto:info@CaliforniaPhones.org)

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