

我們為具有聽力、視力、認知、行動和  
言語相關障礙的加州人士提供通訊服務。



## 立即申請！

### 申請人聯絡資訊

名字 \_\_\_\_\_ 中間名首字母 \_\_\_\_\_ 姓氏 \_\_\_\_\_

街道地址 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵政編碼 \_\_\_\_\_

電郵地址 \_\_\_\_\_

電話號碼/VP ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**殘疾類型：**    失明/低視力    失聰/聽力障礙  
                  記憶                   行動                   語言                   不願透露

市場推廣訊息接收同意：勾選此方塊

本人同意接收有關 California Connect 設備和服務的市場推廣資料。本人明白可以隨時透過傳送電郵至 [info@caconnect.org](mailto:info@caconnect.org) 或致電 1-800-806-1191 停止接收相關資訊。

申請人同意：

**重要事項，簽署前請先細閱**本人謹此聲明並承諾，如有偽造行為，將受法律處分。本人確認自己符合相關資格（包括為殘疾人士，且目前是加州居民）。  
本人已閱讀並完全理解本有限責任協議 (<https://apply.caconnect.org/agreement-privacy/>) 和 California Connect 私隱政策 (<https://caconnect.org/privacy/>)，  
同時確認自己乃自由且自願簽署此協議，並藉由簽署表示在法律允許的最大範圍內完全且無條件放棄權利、授予私隱同意及解除所有責任。

申請人簽署 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

## 由醫療專業人員填寫

---

名字 \_\_\_\_\_ 姓氏 \_\_\_\_\_

**職業：**       醫生 (MD)       醫生助理       執業護士  
                  眼科視光師       聽力學家       言語治療師  
                  復健部顧問       服務供應商

---

醫療執照編號 \_\_\_\_\_

---

營業地址 \_\_\_\_\_

---

營業地址 2 \_\_\_\_\_

---

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵政編號 \_\_\_\_\_

---

公司電郵地址 \_\_\_\_\_

---

公司電話號碼 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

---

醫療專業人員簽署 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

您可以將填妥的認證表格郵寄、電郵或傳真至 California Connect 聯絡中心。

電郵：info@caconnect.org

傳真：1-800-889-3974

郵寄：State of California

California Connect Contact Center

P.O. Box 30310

Stockton, CA 95213