

Мы обеспечиваем доступ к телекоммуникациям для калифорнийцев с нарушениями слуха, зрения, когнитивных способностей, двигательных функций и речи.



ПОДАЙТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ СЕГОДНЯ!

Контактная информация заявителя

Имя	Инициал отчества	Фамилия	
Улица, номер дома, номер квартиры	Город	Штат	Почтовый индекс
Эл. почта _____			
Номер телефона/видеотелефона (_____) _____			

Вид инвалидности: Слепота/слабовидение Глухота/тугоухость Нарушения памяти
 Ограничения подвижности Нарушения речи Предпочитаю не сообщать

Согласие на получение маркетинговой рассылки: Отмечая это поле , я даю согласие на получение маркетинговых материалов об оборудовании и услугах California Connect. Я понимаю, что могу отказаться от рассылки в любое время, написав на электронный адрес info@caconnect.org или позвонив по телефону 1-800-806-1191.

Согласие заявителя:

ВАЖНО — ЧИТАЙТЕ ДО ПОДПИСАНИЯ Под страхом наказания за лжесвидетельство я подтверждаю, что соответствую требованиям, предъявляемым к кандидатам, включая наличие инвалидности, и что на данный момент являюсь постоянным жителем штата Калифорния.

Я прочитал(-а) и полностью понимаю условия данного соглашения об ограниченной ответственности (<https://apply.caconnect.org/agreement-privacy/>), а также Правил и процедур обеспечения конфиденциальности California Connect (<https://caconnect.org/privacy/>). Я подтверждаю, что подписываю соглашение свободно и добровольно и намереваюсь своей подписью выразить полный и безоговорочный отказ от прав, согласие на конфиденциальность и освобождение от любой ответственности в максимально допустимом законом объеме.

Подпись заявителя _____ Дата _____

Заполняется медицинским работником

Имя _____ Фамилия _____

Род деятельности: Врач Помощник врача Практикующая медсестра
 Оптометрист Аудиолог Логопед
 Консультант Отделения реабилитации Поставщик услуг

Номер медицинской лицензии _____

Официальный адрес _____

Официальный адрес 2 _____

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Официальный адрес эл. почты _____

Официальный номер телефона (_____) _____

Подпись медицинского работника _____ Дата _____

Заполненную форму официального документа можно отправить по почте, электронной почте или факсу в контактный центр California Connect.

Эл. почта: info@caconnect.org

Факс: 1-800-889-3974

Почта: State of California

California Connect Contact Center

P.O. Box 30310

Stockton, CA 95213