

Proporcionamos acceso a las telecomunicaciones a californianos con discapacidades auditivas, visuales, cognitivas, de movilidad y del habla.



# SOLICÍTELO AHORA

## Información de contacto del solicitante

Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Número de teléfono/videollamada ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**Tipo de discapacidad:**  Ceguera/baja visión  Sordera/dificultad auditiva  
 Memoria  Movilidad  Habla  Prefiero no decir

Consentimiento de inclusión voluntaria en campañas de marketing: Al marcar esta casilla  doy mi consentimiento para recibir materiales publicitarios sobre los equipos y servicios de California Connect. Entiendo que puedo darme de baja en cualquier momento mediante un correo electrónico a [info@caconnect.org](mailto:info@caconnect.org) o una llamada al 1-800-806-1191.

Consentimiento del solicitante:

**IMPORTANTE: LEA ANTES DE FIRMAR** Certifico bajo pena de perjurio que cumplo con los requisitos de elegibilidad, incluidos el tener una discapacidad y ser residente actual del estado de California.

He leído y entiendo perfectamente los términos de este acuerdo de responsabilidad limitada (<https://apply.cacconnect.org/agreement-privacy/>) y la política de privacidad de California Connect (<https://caconnect.org/privacy/>). Reconozco que firmo el acuerdo libre y voluntariamente y que mi firma constituye una renuncia completa e incondicional, un consentimiento de privacidad y una exención de toda responsabilidad, en la mayor medida permitida por la ley.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Para ser completado por un profesional médico

---

Nombre

Apellido

**Profesión:**

Médico

Asistente médico

Enfermero profesional

Optometrista

Audiólogo

Logopeda

Consejero del Departamento de Rehabilitación

Proveedor de servicios

---

Número de licencia médica

---

Dirección comercial

---

Dirección comercial 2

---

Ciudad

Estado

Código postal

---

Correo electrónico comercial

---

Número de teléfono comercial ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

---

Firma del profesional médico

Fecha

Puede enviar su formulario de certificación cumplimentado por correo, correo electrónico o fax a un centro de contacto de California Connect.

**Correo electrónico:** [info@caconnect.org](mailto:info@caconnect.org)

**Fax:** 1-800-889-3974

**Correo postal:** State of California  
California Connect Contact Center  
P.O. Box 30310  
Stockton, CA 95213