

Chúng tôi cung cấp quyền sử dụng các dịch vụ viễn thông cho người dân California với các khuyết tật liên quan đến thính giác, thị giác, nhận thức, vận động và ngôn ngữ.



ĐĂNG KÝ NGAY HÔM NAY!

Thông tin liên hệ của người nộp đơn

Tên	Chữ cái đầu tên đệm	Họ		
Địa chỉ đường phố	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính	
Email _____				
Số điện thoại/VP (_____) _____				

Loại khuyết tật: Mùi/Thị lực kém Điếc/Khiếm thính
 Trí nhớ Khả năng vận động Khả năng nói Tôi không muốn nói

Đồng ý nhận thông tin tiếp thị: Bằng cách đánh dấu vào ô này

Tôi đồng ý nhận tài liệu tiếp thị về thiết bị và dịch vụ của California Connect. Tôi hiểu rằng tôi có thể chọn không nhận bất cứ lúc nào bằng cách gửi email đến địa chỉ info@caconnect.org hoặc gọi số 1-800-806-1191.

Sự đồng ý của người nộp đơn:

QUAN TRỌNG, ĐỌC TRƯỚC KHI KÝ Tôi xác nhận theo hình phạt khai man rằng tôi đáp ứng các yêu cầu về tính đủ điều kiện bao gồm cả khuyết tật và tôi hiện là cư dân của Tiểu bang California.

Tôi đã đọc và hiểu đầy đủ các điều khoản của thỏa thuận trách nhiệm hữu hạn này (<https://apply.caconnect.org/agreement-privacy/>) và Chính sách Quyền riêng tư của California Connect (<https://caconnect.org/privacy/>) Tôi xác nhận rằng tôi ký thỏa thuận một cách tự do và tự nguyện và có chủ đích bằng chữ ký của mình là sự từ bỏ hoàn toàn và vô điều kiện, sự đồng ý về quyền riêng tư và miễn trừ mọi trách nhiệm pháp lý, trong phạm vi lớn nhất được pháp luật cho phép.

Chữ ký của người nộp đơn

Ngày

Phần dành cho Chuyên gia y tế

Tên _____		Họ _____	
Nghề nghiệp:	<input type="checkbox"/> Bác sĩ y khoa (MD)	<input type="checkbox"/> Trợ lý bác sĩ	<input type="checkbox"/> Y tá hành nghề
	<input type="checkbox"/> Bác sĩ đo thị lực	<input type="checkbox"/> Nhà thính học	<input type="checkbox"/> Nhà nghiên cứu bệnh học ngôn ngữ-phát âm
	<input type="checkbox"/> Cố vấn khoa Phục hồi chức năng	<input type="checkbox"/> Nhà cung cấp dịch vụ	
Số giấy phép y tế _____			
Địa chỉ doanh nghiệp _____			
Địa chỉ doanh nghiệp 2 _____			
Thành phố _____	Tiểu bang _____	Mã bưu chính _____	
Địa chỉ email doanh nghiệp _____			
Số điện thoại doanh nghiệp (_____) _____			
Chữ ký của chuyên gia y tế _____			Ngày _____

Quý vị có thể gửi qua đường bưu điện, email hoặc fax mẫu giấy chứng nhận đã điền đầy đủ của mình đến

Trung tâm liên lạc của California Connect.

Email: info@caconnect.org

Số fax: 1-800-889-3974

Thư: Tiểu bang California

Trung tâm liên lạc California Connect

PO Box 30310

Stockton, CA 95213