



State of California—Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services



ARNOLD SCHWARZENEGGER
Governor

September 23, 2008

Genetically Handicapped Persons Program
Policy Letter: G 01-09-08

TO: GENETICALLY HANDICAPPED PERSONS PROGRAM (GHPP)
SPECIAL CARE CENTER (SCC) MEDICAL DIRECTORS

SUBJECT: GHPP FORMS

The purpose of this policy letter is to provide you copies of: (1) the Spanish “GHPP Application to Determine Eligibility” and associated instructions and (2) the Spanish “GHPP Initial/Annual Income Verification Form” and associated instructions. Current policy requires each GHPP applicant to meet residence and medical eligibility to participate in GHPP. Please feel free to use these Spanish forms to for GHPP clients’ to use for initial enrollment and annual review. Also we have included the English and Spanish versions of the “GHPP New Referral Form”.

All of the above forms can be downloaded and/or completed and printed by accessing the following website www.dhcs.ca.gov/services/ghpp/Pages/Apply.aspx. If you have any questions, please contact the GHPP program at (800) 639-0597.

Original Signed by Marian Dalsey, M.D., M.P.H.

Marian Dalsey, M.D., M.P.H., Chief
Children’s Medical Services Branch

Enclosures

cc: Gloria Padre, R.N., M.S.N., P.H.N.
Nurse Consultant III
Genetically Handicapped Persons Program
Department of Health Care Services
1515 K Street, Suite 400
Sacramento, CA 95814

Policy Letter: G 01-09-08
September 23, 2008
Page 2

cc: Joleen Heider-Freeman, M.S., R.D., Chief
Statewide Programs Section
Department of Health Care Services
1515 K Street, Suite 400
Sacramento, CA 95814

Judith Baker
Regional Administrative Director
Federal Hemophilia Treatment Centers/Region IX
Mattel Children's Hospital UCLA
Division of Pediatric Hematology/Oncology
10833 Le Conte Avenue
Room A2-410 MDCC
Los Angeles, CA 90095-1752

bcc: CMS Chron File

Policy Letter: G 01-09-08
September 23, 2008
Page 3

APLICACION PARA DETERMINAR CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA PARA PERSONAS CON CONDICIONES GENÉTICAS (GHPP)

Al llenar esta aplicación vea las instrucciones en las páginas 3, 4, y 5.

**Proporcione toda la información solicitada y envíe este formulario al GHPP.
ESCRIBA A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE. NO ABREVIÉ.**

**Si tiene alguna pregunta sobre cómo llenar este formulario,
llame al GHPP al 1 (916) 327-0470 ó sin cargo al 1 (800) 639-0597.**

Sección A: Información personal

1. Nombre (Apellido) (Nombre) (In. 2º nombre)		2. Otro(s) nombre(s) que usó		3. Número del Seguro Social (Opcional)	
4. Dirección (Número, calle, no. de departamento)		Ciudad		Condado	
4(a). Dirección postal (Si no es la misma que la de arriba)		Ciudad		Condado	
5. Teléfono durante el día		6. Teléfono durante la noche		7. Nombre y apellido (de soltera) de su madre	
8. Idioma primario		9. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		10. Lugar de nacimiento Condado: Estado: País:	
11. Género <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino		12. ¿Qué condición genética tiene que hace que califique para participar en el programa GHPP?			
13. Raza/etnico					
14. Nombre de su médico de atención primaria (PCP)				15. Número de teléfono de su médico de atención primaria	
14(a). Dirección de su médico de atención primaria					
16. Información sobre el Poder notarial/Tutor administrativo (si corresponde)					
TIENE QUE ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN QUE CONFIRME					
Nombre: _____			Título: _____		
Dirección: _____			Número de teléfono: _____		

Sección B: Información sobre su seguro de salud

17. ¿Tiene Medi-Cal? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
a. Si contestó Sí, ¿cuál es el número de la tarjeta de identidad como beneficiario (BIC)? _____	
18. ¿Tiene Medicare?	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> a. Si contestó Sí, ¿cuál es su número de Medicare? _____	
b. Marque todos los programas de Medicare en los que está inscrito:	
Parte A <input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte C <input type="checkbox"/> Parte D <input type="checkbox"/>	

Sección B: Información sobre su seguro de salud (continuación)

19. ¿Tiene algún otro seguro de salud? Si No a. Si contestó Sí, nombre del plan: _____

b. Tipo de plan: Proveedor preferente (PPO) Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
Otro (especifique) _____

c. Número de póliza _____ Fecha en que comenzó la cobertura: _____

d. ¿Quién paga la póliza? Su empleador Usted mismo Otro (especifique) _____

20. a. ¿Tiene seguro dental? Si No Si contestó Sí, nombre del plan: _____

b. ¿Seguro de la vista? Si No Si contestó Sí, nombre del plan: _____

Sección C: Certificación

(Escriba sus iniciales y firme abajo. Su firma autoriza al GHPP a seguir adelante con su aplicación.)

Lea las declaraciones a continuación y escriba sus iniciales:

- ___ Presento una aplicación al GHPP para determinar si cumplo con los requisitos para obtener servicios/beneficios. Entiendo que llenar esta aplicación no garantiza mi aceptación en el GHPP.
- ___ Doy permiso para que el GHPP verifique mi residencia, la información sobre mi salud, mi ingreso y/u otras circunstancias que se puedan requerir para determinar si puedo participar en el GHPP, así como la cantidad de la cuota de inscripción que tendré que pagar (si corresponde).
- ___ Doy permiso para que el GHPP deje mensajes sobre mi participación en el GHPP en el contestador automático/servicio del teléfono que yo designe.
- ___ Certifico que leí esta información, o que me la leyeron, y que la entiendo.
- ___ Certifico que la información que proporcioné en este formulario es correcta y verdadera según mi mejor saber y entender.

Firma del solicitante del GHPP o del padre/madre/tutor legal de un menor de edad: _____		Relación con el menor de edad: _____	Fecha: _____
Si firma con una "X", firma del testigo: _____	Relación del testigo con el solicitante del GHPP: _____	Número de teléfono del testigo: _____	Fecha: _____

La ley de California requiere que las familias que soliciten servicios reciban información sobre la manera en que el GHPP protege su privacidad.¹

Para proteger su privacidad:

- El GHPP debe mantener esta información confidencial.²
- El GHPP puede compartir la información en el formulario con personal de salud autorizado de otros programas de salud y bienestar sólo si usted firmó un formulario de consentimiento.

Tiene derecho a ver su solicitud y los datos del GHPP que tengan que ver con usted. Si desea ver esos datos, póngase en contacto con el GHPP llamando al 1 (916) 327-0470 ó sin cargo al 1 (800) 639-0597. Por ley, la información que usted da al GHPP es mantenida por el programa.³

1) Sección 1798.17 del Código Civil

2) De conformidad con el Título 22 de la Sección 41670 del Código de Reglamentaciones de California y de la Ley de Datos Públicos de California (Secciones 6250-6255 del Código de Gobierno)

3) Sección 123800 et. seq. del Código de Salud y Seguridad de California

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA
APLICACION PARA DETERMINAR CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN EN EL
PROGRAMA PARA PERSONAS CON CONDICIONES GENÉTICAS (GHPP)**

Escriba claramente en letra de molde para que su aplicación se pueda procesar lo más rápidamente posible.

Llene cada una de las secciones completamente. Si no proporciona toda la información requerida el GHPP no podrá proceder con su aplicación. Si necesita ayuda para llenar este formulario póngase en contacto con el GHPP llamando al 1 (916) 327-0470 ó sin cargo al 1 (800) 639-0597. Cuando haya llenado la aplicación, envíela por correo al GHPP. **RECUERDE FIRMAR EL FORMULARIO Y PONERLE LA FECHA.**

Sección A: Información personal: Esto incluye información de identificación y otra información necesaria para procesar este formulario.

1. **Nombre:** Escriba su apellido, nombre y la inicial de su segundo nombre. **Adjunte prueba de identidad, como una copia de su licencia de manejar de California o de su tarjeta de identidad de California.**
2. **Otro(s) nombre(s) que usa:** Si lo conocen legalmente por algún otro nombre, escriba ese nombre.
3. **Número del Seguro Social (OPCIONAL):** Escriba el número de nueve cifras de su Seguro Social.
4. **Dirección:** Escriba el número de la calle en que vive, el nombre de la calle, el número de su departamento, la ciudad, el condado y el código postal. No use una casilla de correo. **Adjunte una copia de uno de los siguientes para dar prueba de residencia en California.** Si no tienen ninguno de estos documentos, llame al GHPP para hablar sobre otros documentos aceptables.

<ul style="list-style-type: none"> • Cuenta actual de servicios públicos de California • Recibo del alquiler o de la hipoteca • Documento que demuestre empleo en California 	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de inscripción para votar en California • Prueba de inscripción en una escuela de California • Prueba de recibir asistencia pública de California.
---	---

4a. Dirección postal: Escriba su dirección postal. Si prefiere recibir su correspondencia en una casilla postal, escríbala en este espacio.

5. Número de teléfono durante el día: Escriba el número de teléfono para ponerse en contacto con usted durante el día, con el código de área.

6. Número de teléfono durante la noche: Escriba el número de teléfono para ponerse en contacto con usted durante la noche, con el código de área.

7. Nombre y apellido (de soltera) de su madre: Escriba el nombre y apellido (de soltera) de su madre.

8. Idioma primario: Escriba el nombre del idioma en el que le resulta más cómodo comunicarse.

9. Fecha de nacimiento: Escriba el mes, día y año en que nació.

10. Lugar de nacimiento: Escriba el condado y el estado en que nació. Escriba el país si nació fuera de Estados Unidos.

11. Género: Marque el género que corresponda (masculino o femenino).

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA
APLICACION PARA DETERMINAR CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN EN EL
PROGRAMA PARA PERSONAS CON CONDICIONES GENÉTICAS (GHPP)**

12. ¿Cuál es la condición genética que hace que califique para participar en el programa GHPP? Escriba la condición genética que hace que califique para el programa GHPP. La siguiente es una lista de los condiciones genéticas que califican y están cubiertas:

<ul style="list-style-type: none"> • Fibrosis quística • Ataxia de Friedreich • Deficiencia de factor de coagulación (especifique el tipo de factor) • Enfermedad de Huntington • Enfermedad de Joseph • Enfermedad de células falciformes • Talasemia mayor • Trombastenia 	<ul style="list-style-type: none"> • Trombocitopatía • Von Hippel-Lindau • Enfermedad de Von Willebrand • Enfermedad metabólica (como PKU, tirosinemia, aminoácido de cadena ramificada, enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce, problemas médicos del ciclo de la urea, enfermedad de Wilson) • Otras enfermedades metabólicas (especifique)
---	--

13. Raza/étnico: Escriba la categoría de la lista a continuación que mejor describa su raza/étnico primaria.

<ul style="list-style-type: none"> • Nativo de Alaska • Asiático Americano • Indígena Americano • Asiático • Asiático de la India • Negro/Afroamericano • Camboyano • Chino • Filipino • Guameño 	<ul style="list-style-type: none"> • Hawaiano • Hispano/Latino • Japones • Coreano • Laosiano • Samoano • Vietnamita • Blanco • Otro
--	---

14. Nombre de su médico de atención primaria: Escriba el nombre de su médico de atención primaria.

14a. Dirección de su médico de atención primaria: Escriba el número de la calle de su médico de atención primaria, el nombre de la calle, la ciudad, el condado y el código postal.

15. Número de teléfono de su médico de atención primaria: Escriba el número de teléfono de su médico de atención primaria, con el código de área.

16. Información sobre el Poder notarial/Tutor administrativo: Si nombró a alguien legalmente para que actúe como su apoderado para la atención de la salud o si le nombraron un tutor administrativo, escriba el nombre, título (como, con poder notarial o apoderado, o tutor administrativo), la dirección y el número de teléfono de esta persona. **TIENE que adjuntar documentación de la autoridad legal de esta persona para actuar en su nombre si desea que esta persona se pueda comunicar con el GHPP sobre la atención de su salud.**

Sección B: Información sobre su seguro de salud: Se considera que el GHPP es el pagador de último recurso. En otras palabras, el GHPP pagará la atención médicamente necesaria de su salud sólo después de que cualquier otra cobertura de salud que usted tenga haya hecho los pagos que le correspondan.

17. ¿Tiene Medi-Cal? Marque la respuesta correcta (Sí o No).

a. Si contestó Sí, ¿cuál es el número de la tarjeta de identidad como beneficiario (BIC)? Escriba su número de identificación BIC.

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA
APLICACION PARA DETERMINAR CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN EN EL
PROGRAMA PARA PERSONAS CON CONDICIONES GENÉTICAS (GHPP)**

18. ¿Tiene Medicare? Marque la respuesta correcta (Sí o No).

a. Si contestó Sí, ¿cuál es su número de Medicare? Escriba su identificación de Medicare.

b. Marque todos los programas de Medicare en los que está inscrito: Marque todo lo que corresponda (Partes A, B, C, D).

19. ¿Tiene algún otro seguro de salud? Marque la respuesta correcta (Sí o No).

a. Si contestó Sí, nombre del plan: Escriba el nombre completo de su plan de salud (como Kaiser Permanente, Blue Cross of California, etc.).

b. Tipo de plan: Marque la respuesta que corresponda al tipo de plan que tiene.

NOTA: Si tiene un HMO o PPO, envíe una copia de su folleto de beneficios junto con su aplicación del GHPP.

c. Número de póliza/fecha en que comenzó la cobertura: Escriba el número de la póliza de su seguro de salud y la fecha en que comenzó su cobertura.

d. ¿Quién paga la póliza? Marque la respuesta que sea aplicable a su póliza. Si marca "Otro", especifique quién paga (por ejemplo, su familia).

20. ¿Tiene

a. seguro dental? Marque la respuesta correcta (Sí o No). Si contestó Sí, escriba el nombre del plan.

b. seguro de la vista? Marque la respuesta correcta (Sí o No). Si contestó Sí, escriba el nombre del plan.

Sección C: Certificación: Lea y escriba sus iniciales en las declaraciones donde se halla indicado en el formulario. Después firme y escriba la fecha con tinta en los espacios provistos. Si firma su nombre con una "X", un testigo tiene que firmar en el lugar indicado.

Cómo presentar su aplicación: Envíe por correo el formulario llenado al GHPP a: Genetically Handicapped Persons Program, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413.

**VERIFICACIÓN INICIAL/ANUAL DEL INGRESO PARA EL
PROGRAMA PARA PERSONAS CON CONDICIONES GENÉTICAS (GHPP)**

Al llenar esta aplicación vea las instrucciones en las páginas 3 y 4

El GHPP requiere la siguiente información para determinar la cantidad de su cuota de inscripción, si corresponde. Su inscripción se basa en el ingreso bruto de su familia del año pasado. La información sobre el ingreso se vuelve a examinar todos los años y, por lo tanto, su cuota de inscripción podría cambiar de un año a otro.

Sección A: Información personal			
1. Nombre	(Apellido)	(Nombre)	(In. 2º nombre)
_____			2. Número del Seguro Social (Opcional) _____
3. Dirección (Número, calle, no. de departamento)		Ciudad	Condado
_____		_____	_____
4. Teléfono durante el día (Incluya el código de área)		5. Teléfono durante la noche (Incluya el código de área)	
_____		_____	
Sección B: Verificación del ingreso			
6. Ingreso de las ganancias totales de la familia			
\$ _____			
7. Escriba la(s) fuente(s) de los datos de ingreso y adjunte copias			
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
8. Tamaño de la familia _____ Escriba los miembros de la familia, incluyéndose a usted mismo, que dependen del ingreso familiar			
Nombre _____		Relación _____	
Nombre _____		Relación _____	
Nombre _____		Relación _____	
Nombre _____		Relación _____	
(Use hojas adicionales si necesita más espacio)			
9. Información sobre el empleo			
Nombre completo de su empleador _____			
Número de teléfono de su empleador _____			
Dirección de su empleador _____			

**VERIFICACIÓN INICIAL/ANUAL DEL INGRESO PARA EL
PROGRAMA PARA PERSONAS CON CONDICIONES GENÉTICAS (GHPP)**

Al llenar esta aplicación vea las instrucciones en las páginas 3 y 4

Sección C: Información sobre la cuota de inscripción

NOTIFICACIÓN DE LA CUOTA DE INSCRIPCIÓN QUE LE CORRESPONDE:

a. Cuando el GHPP haya calculado la cantidad de su cuota de inscripción, le enviará una notificación por escrito. La cuota total de inscripción se indicará en un Acuerdo de cuota de inscripción. El Acuerdo de cuota de inscripción especificará la cantidad adeudada y las dos opciones de pago:

- i. todo a la vez, a más tardar dentro de los 60 días a partir de la fecha de la notificación del GHPP o
- ii. dos o tres pagos que se deben hacer a más tardar dentro de los 60, 120 y 180 días a partir de la fecha de la notificación del GHPP.

b. NO PAGAR LA CUOTA DE INSCRIPCIÓN SEGÚN EL ACUERDO FIRMADO RESULTA EN QUE SE CIERRE SU CASO EL DÍA 61, 121 Ó 180 A PARTIR DE LA FECHA DE LA NOTIFICACIÓN DEL GHPP.

Sección D: Certificación

Lea y escriba sus iniciales para cada una de las declaraciones a continuación:

___ Entiendo que mi cuota de inscripción (si corresponde) estará basada en el ingreso que declare y que mi cuota de inscripción podría cambiar todos los años si mi ingreso cambia.

___ Doy permiso para que el GHPP verifique mi ingreso y/u otras circunstancias que se puedan requerir para determinar mi cuota de inscripción, si corresponde.

___ Certifico que leí esta información, o que me la leyeron, y que la entiendo.

___ Certifico que la información que di en este formulario es verdadera y correcta según mi mejor saber y entender.

Firma del solicitante/cliente del GHPP o del padre/madre/tutor legal de un menor de edad: _____		Relación con el menor de edad: _____	Fecha: _____
Si firma con una "X", firma del testigo: _____	Relación del testigo con el solicitante/cliente del GHPP _____	Número de teléfono del testigo: _____	Fecha: _____
Escriba su nombre en letra de molde _____			

La ley de California requiere que las familias que soliciten servicios reciban información sobre la manera en que el GHPP protege su privacidad.¹

Para proteger su privacidad:

- El GHPP tiene que mantener esta información confidencial.²
- El GHPP podrá compartir la información en el formulario con personal autorizado de otros programas de salud y bienestar sólo si usted firmó un formulario de consentimiento.

Tiene derecho a ver su aplicación y los datos del GHPP que tengan que ver con usted. Si desea ver estos datos, póngase en contacto con el GHPP llamando al 1 (916) 327-0470 ó sin cargo al 1 (800) 639-0597. Por ley, la información que usted da al GHPP es mantenida por el programa.³

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE VERIFICACIÓN INICIAL/ANUAL DEL INGRESO PARA EL PROGRAMA PARA PERSONAS CON CONDICIONES GENÉTICAS (GHPP)

Escriba claramente en letra de molde para que su aplicación se pueda procesar lo más rápidamente posible.

Llene cada una de las secciones completamente. Si no proporciona toda la información requerida el GHPP no podrá proceder con su aplicación. Si necesita ayuda para llenar este formulario póngase en contacto con el GHPP llamando al 1 (916) 327-0470 ó sin cargo al 1 (800) 639-0597. Cuando haya llenado la aplicación, envíela por correo al GHPP. **RECUERDE FIRMAR EL FORMULARIO Y PONERLE LA FECHA.**

Sección A: Información personal: Esto incluye información de identificación y otra información necesaria para procesar este formulario.

1. Nombre: Escriba su apellido, nombre y la inicial de su segundo nombre.

2. Número del Seguro Social (OPCIONAL): Escriba el número de nueve cifras de su Seguro Social.

3. Dirección: Escriba el número de la calle en que vive, el nombre de la calle, el número de su departamento, la ciudad, el condado y el código postal. No use una casilla de correo.

4. Número de teléfono durante el día: Escriba el número de teléfono para ponerse en contacto con usted durante el día, con el código de área.

5. Número de teléfono durante la noche: Escriba el número de teléfono para ponerse en contacto con usted durante la noche, con el código de área.

Sección B: Verificación del ingreso: Siga las instrucciones correspondientes a cada número a continuación. Su cuota de inscripción, si corresponde, estará basada en la información que proporcione.

6. Ingreso de las ganancias totales de la familia: Esta es la información que se encuentra en sus formularios de los impuestos 1040 y 540. También puede usar sus formularios W-2 y/u otros documentos indicados abajo en el punto 7. Tiene que incluir el ingreso de los miembros de su familia que dependen del ingreso familiar. Use la cantidad del ingreso del año anterior. Ejemplos:

- Si ninguna persona lo reclama a usted como dependiente en una declaración de impuestos y usted gana su propio dinero, esta es la cantidad que tiene que indicar.
- Si está casado tiene que indicar su ingreso y el ingreso de su cónyuge, incluso si lo presentan declaraciones de impuestos por separado.
- Si vive con un miembro de su familia que lo reclama a usted como dependiente en su declaración de impuestos, usted tiene que usar la cantidad del ingreso de esa persona y presentar copias de las declaraciones de impuestos de esa persona.
- NO tiene que incluir el ingreso de miembros de su vivienda, tales como compañeros de habitación o hermanos.

Si tiene alguna pregunta sobre el ingreso que tiene que reportar, póngase en contacto con el GHPP.

7. Escriba la(s) fuente(s) de los datos de ingreso y adjunte copias: Esto quiere decir que el/los documento(s) que usó para calcular las cantidades que figuran en el punto 6. Adjunte una copia de su Formulario de Impuestos Federales 1040 y cualquiera de los documentos a continuación para calcular su ingreso de las ganancias totales familiar.

- Declaración de ingreso del Seguro Social
- Declaración de ingreso por discapacidad
- Formularios W-2
- Talones de cheques de sueldo
- Otro (especifique)

8. Tamaño de la familia: Escriba los miembros de su vivienda que dependen del ingreso familiar. El tamaño de su familia se tiene en consideración al calcular su cuota de inscripción. Adjunte otra hoja si necesita más espacio.

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL
FORMULARIO DE VERIFICACIÓN INICIAL/ANUAL DEL INGRESO PARA EL
PROGRAMA PARA PERSONAS CON CONDICIONES GENÉTICAS (GHPP)**

9. Información sobre el empleo: Escriba el nombre, el número de teléfono y la dirección de su empleador.

Sección C: Información sobre la cuota de inscripción: Lea esta información importante sobre su cuota de inscripción.

Sección D: Certificación: Lea y escriba sus iniciales en las declaraciones donde se halla indicado en el formulario. Después firme y escriba la fecha con tinta en los espacios provistos. Si firma su nombre con una "X", un testigo tiene que firmar en el lugar indicado.

Cómo presentar su aplicación: Envíe por correo el formulario llenado al GHPP a: Genetically Handicapped Persons Program, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413.

- 1) Sección 1798.17 del Código Civil
- 2) De conformidad con el Título 22 de la Sección 41670 del Código de Reglamentaciones de California y de la Ley de Datos Públicos de California (Código de Gobierno, Secciones 6250-6255)
- 3) Sección 123800 et. seq. del Código de Salud y Seguridad de California

GENETICALLY HANDICAPPED PERSONS PROGRAM (GHPP) NEW REFERRAL FORM

DATE: _____

CLIENT INFORMATION

NAME: _____ DOB: _____ SEX: M ___ F ___

GHPP ELIGIBLE CONDITION: _____

RESIDENTIAL ADDRESS:

SSN: _____

(OPTIONAL)

MED-CAL #: _____

MEDI-CARE #: _____

MAILING ADDRESS:

OTHER HEALTH COVERAGE:

(MEDICAL) _____

PHONE #: _____

(VISION) _____

MOTHER'S FIRST AND MAIDEN NAME:

(DENTAL) _____

BIRTHPLACE: (CITY, COUNTY, STATE/COUNTRY)

REFERRING PERSON/AGENCY: _____

TELEPHONE NUMBER: _____ FAX: _____

FOR CALIFORNIA CHILDREN SERVICES (CCS) USE ONLY

COUNTY: _____

CHILD'S CCS NUMBER: _____

CONTACT PERSON: _____

CHILD'S SPECIAL CARE CENTER:

PHONE NUMBER: _____

FAX NUMBER: _____

ATTACHMENTS (PLEASE CHECK)

- MOST RECENT SCC ANNUAL REPORTS
- DNA TEST RESULT OR OTHER TEST CONFIRMING GHPP ELIGIBLE CONDITION
- INFORMATION ABOUT UPCOMING SURGERIES/TRANSPLANTS

PLEASE FAX TO THE GHPP AT 916-327-1112

The information requested on this form is required by the Department of Health Care Services, Children's Medical Services Branch, GHPP Unit for purposes of identification and enrollment processing. Failure to provide the requested information may result in delay of GHPP enrollment.

**FORMULARIO DE NUEVA REMISIÓN AL
PROGRAMA PARA PERSONAS CON IMPEDIMENTOS GENÉTICOS (GHPP)**

Fecha: _____

Información sobre el cliente

Nombre: _____ Fecha de nac.: _____ Sexo: M ___ F ___

Condicion genetica que califica para el programa GHPP: _____

Dirección residencial:

No. de Seguro Social: _____
(Opcional)

No. de Medi-Cal: _____

No. De Medi-Care: _____

Dirección postal:

Otra cobertura de salud:
(Médica) _____

(Vista) _____

No. de teléfono: _____

(Dental) _____

Nombre y apellido de soltera de la madre: _____

Lugar de nacimiento: (ciudad, condado, estado/país)

Persona o entidad que lo remite: _____

No. de teléfono: _____

Fax: _____

SÓLO PARA USO DE LOS SERVICIOS PARA LOS NIÑOS DE CALIFORNIA (CCS)

Condado: _____

No. de CCS del niño: _____

Persona de contacto: _____

Centro de Cuidados Especiales del niño: _____

No. de teléfono: _____

No. de fax: _____

Adjuntos (marque lo que corresponda)

Informes SCC anuales más recientes

Resultado de la prueba del ADN o de otra prueba que confirme el problema médico que lo califica para el GHPP

Información sobre futuras operaciones o trasplantes

Envíe un fax al GHPP, al 916-327-1112

La información solicitada en este formulario es requerida por el Departamento de Servicios de Atención de la Salud, División de Servicios Médicos para Niños, Unidad GHPP para los fines de identificación y procesamiento de la inscripción. No proporcionar la información solicitada podría resultar en demoras en la inscripción en el GHPP.