

遺傳性障礙人士計畫（GHPP）新轉介表

為轉介個人以供本計畫考量，請填妥此表，連同任何額外的佐證文件，透過傳真(916) 440-5318或電子郵件GHPPEligibility@dhcs.ca.gov寄送。計畫工作人員將進行審核，並就資格事宜與該個人聯繫。欲申請註冊，該個人必須另外填寫並提交GHPP表格[DHCS 4000 A/B](#)。

個案個人資訊

姓氏：		名字：		中間名縮寫：
出生日期：	性別：	社會安全號碼（選填）：	出生地（市、縣、州／國家）	
住址：				
郵寄地址（若與住址不同）：				
電話號碼：		電子郵件地址：		
符合GHPP資格之病症：				

個案保險資訊

Medi-Cal ID號碼（若適用）：		Medicare ID號碼（若適用）：	
其他健康保險（若適用） 醫療保險：	視力保險：	牙科保險：	

轉介個人／機構

轉介個人／機構名稱：	電話號碼：	傳真號碼：
------------	-------	-------

請勾選隨此轉介表附上之額外文件（若有）：

- ☐ 最近的特殊照護中心年度報告
- ☐ DNA檢測結果或其他確認符合GHPP資格病症的檢測報告
- ☐ 關於即將進行之手術／移植的資訊

若個案未滿21歲，以下內容應由加州兒童服務（CCS）倡導者填寫。

縣：		兒童的CCS編號：	
縣倡導者的姓名：	倡導者的電話號碼：	倡導者的傳真號碼：	
兒童的特殊照護中心名稱：			

個人資料收集隱私權聲明

本隱私權聲明係依據《加州民法》第1798.17條規定。填寫此表格旨在收集申請註冊遺傳性障礙人士計畫（GHPP）所需資訊。本表格所收集的個人及／或醫療資訊均屬機密，並受到《健康保險可攜性與責任法案》隱私權規定（45 C.F.R. Parts 160, 164）、《資訊實務法》（《加州民法》§ 1798 et seq.）、醫療照護服務部（本部）政策及加州州政策的保護。本表格資訊由本部臨床保證處（Clinical Assurance Division）依據《健康與安全法典》第125155、125155.1、125157、125166、125175、125180及125185條之授權收集。

除非另有說明，本表格要求提供的所有資訊皆為必填項目。若您未能提供必要的資訊，本部將因資料不完整而退回您的申請表。本部可能將所提供的資訊分享給以下單位：(1)其他州立機構，以履行其憲法或法定職責，且資訊用途須與原始收集目的相符；(2)地方、州或聯邦政府實體（若州或聯邦法律要求）；以及(3)健康計畫。除本表格明確要求提供的資訊外，請勿提供任何其他個人或醫療資訊。

在大多數情況下，個人有權查閱聯邦及州政府記錄中關於自身的資訊。本部可能酌收少量費用，以支付複製此類資訊的成本。若需更多資訊，或欲查閱由本部持有、包含您個人資訊的記錄，請聯繫：

辦公室技術員（Office Technician）
DHCS/CAD PO Box 997419
Sacramento, CA 95899
電話：(916) 552-9100

若您希望索取DHCS隱私權政策與實務的紙本文件，或欲就隱私權實務提出申訴，可透過郵寄、電子郵件或電話聯繫本部資料隱私單位（Data Privacy Unit）：

隱私權辦公室（Privacy Office）
收件單位：資料隱私單位（Data Privacy Unit）
衛生保健服務部
P.O. Box 997413, MS 4722
Sacramento, CA 95899-7413
電子郵件：incidents@dhcs.ca.gov
電話：(916) 445-4646

醫療照護服務部關於個人資料的政策可於線上查閱，請參見本部《隱私權實務聲明》（Notice of Privacy Practices，網址：<https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx>）及《隱私權政策聲明》（Privacy Policy Statement，網址：<https://www.dhcs.ca.gov/pages/privacy.aspx>）。