

**PROGRAMA PARA PERSONAS DISCAPACITADAS GENETICAMENTE
GENETICALLY HANDICAPPED PERSONS PROGRAM (GHPP)
SOLICITUD PARA DETERMINAR ELEGIBILIDAD**

Cuando llene esta solicitud, por favor revise las instrucciones en las páginas 4, 5 y 6

**Por favor proporcione toda la Información solicitada y envíe este formulario a GHPP.
Escriba a máquina o con letra de imprenta. No use abreviaciones.**

**Si tiene preguntas sobre como completar este formulario,
Llame al GHPP al 1 (916) 327-0470 o llame gratis al 1 (800) 639-0597.**

Sección A: Información Personal

1. Nombre (Apellido) (Nombre) (Inicial 2do nombre)		2. Otro nombre que use		3. No. de Seguro Social (opcional)	
4. Dirección (número, calle, número de departamento)		Ciudad		Condado	
4 (a). Dirección de correo (si es diferente a la dirección de arriba)		Ciudad		Condado	
5. Teléfono durante el día		6. Teléfono durante la noche		7. Nombre y apellido de su madre (de soltera)	
8. Idioma principal		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. Cuál es la condición que lo hace elegible a GHPP?			
13. Raza/Etnicidad					
14. Nombre del médico que atiende su condición GHPP elegible			14(b). Teléfono del medico que lo atiende:		
14(a). Dirección del médico que lo atiende:			()		
			15. Nombre de su centro de atención especial		
16. Información de su Poder Notarial/Tutor Administrativo (si corresponde)					
USTED DEBE ADJUNTAR LOS DOCUMENTOS QUE CONFIRME ESTA INFORMACION					
Nombre: _____		Título: _____			
Dirección: _____		Número de Teléfono: _____			

Sección B: Información de su Seguro de Salud

<p>17. ¿Tiene Medi-Cal? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>a. Si recibe Medi-Cal, cual es el número de su tarjeta de identidad de beneficiario (BIC)?</p> <p>_____</p>
--

Sección B: Información de su Seguro de Salud (continuación)

18. ¿Tiene Medicare? Si No

a. Si recibe Medicare, cual el número de su tarjeta de Medicare? _____

b. Por favor marque todos los programas de Medicare en los que esta inscrito:

Parte A Parte B Parte C Parte D

19. ¿Tiene otro seguro de salud? Si No

a. Si tiene otro seguro, el seguro es a través de: Su empleador Un miembro de su Familia
Beneficios de jubilación

Nombre de la compañía de seguros: _____

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

c. Número de la Póliza _____ Fecha del inicio de la cobertura: _____

d. ¿Quién paga la póliza? Empleador Usted mismo Usted y su Empleador
El Programa HIPR Del Estado de California
Otro (especifique) _____

e. De ser económicamente favorable, el Programa de Reembolso de la Prima de Seguro (HIPR) le podría reembolsar el costo de la cobertura del seguro medico adicional.

Esta usted participando en el programa HIPR? Si No

Si su respuesta es si, desearía que el programa HIPR continúe reembolsando por la prima de su seguro? Si No

Si su respuesta es no, le gustaría recibir reembolso de su seguro medico adicional? Si No

f. Ha habido algún cambio en la información del seguro médico? Si No

Si contestó si, explique porque:

g. Si su empleador provee seguro médico y si usted decide no participar del seguro de su empleador escoja una de las opciones de abajo como la razón por la que no toma el seguro de su empleador:

- La prima es muy cara.
- Perdí mi trabajo y no califco a esta cobertura través de COBRA y no puedo pagar la prima de este seguro.
- El seguro a través de mi empleador no esta disponible para mi ya que he utilizado la cobertura máxima de por vida.
- El médico que provee servicios debido a mi condición médica no es un proveedor de esta red de servicios.
- Otro (favor especificar) _____

h. ¿Durante los seis meses de la fecha de esta solicitud, usted o su empleador han cancelado el seguro médico proporcionado por su empleador? Si No

Si contestó si, cual es la fecha de cancelación? _____

Por favor marque una de las siguientes opciones como la razón por la cual se cancelo su seguro:

- Pérdida del empleo o un cambio en su estado como empleado.
- Su empleador ha descontinuado los servicios de salud a todos su empleados o sus dependientes.

<input type="checkbox"/>	Cambio en el código postal que no está cubierto por el seguro de salud de su empleador.
<input type="checkbox"/>	Fallecimiento, separación legal/divorcio de la persona a través del cual usted recibía el seguro médico.
<input type="checkbox"/>	El seguro a través de mi empleador no esta disponible porque he utilizado la cobertura máxima de por vida..
<input type="checkbox"/>	Cobertura a través de la póliza COBRA y la cobertura a través de COBRA han terminado.
<input type="checkbox"/>	Otro (por favor especifique) _____

Sección B: Información de su Seguro de Salud (continuación)

20. a. ¿Tiene seguro dental?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si contesto si, nombre del plan: _____
b. ¿Seguro de la vista?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si contesto si, nombre del plan: _____

Sección C: Certificación)

(Escriba sus iniciales y firme abajo. Su firma autoriza a GHPP a proceder con su solicitud)

Lea y escriba sus iniciales en cada una de las siguientes declaraciones:

- _____ Estoy solicitando servicios a través de GHPP para determinar mi elegibilidad para recibir servicios/beneficios. Entiendo que presentar esta solicitud no garantiza mi aceptación en el programa GHPP.
- _____ Doy permiso para que el programa GHPP verifique mi domicilio, información de salud, ingresos y/o otras circunstancias que puedan ser necesarias para determinar mi elegibilidad y la cantidad de la cuota de inscripción (si corresponde).
- _____ Doy permiso para que GHPP deje mensajes relacionados con mi participación en GHPP en mi contestador automático designado o el servicio de teléfono que yo indique.
- _____ Certifico que he leído esta información o que esta información me ha sido leída y que la entiendo.
- _____ Certifico que la información que he proporcionado en este formulario es correcta y verdadera al mejor de mi conocimiento.

Firma del Solicitante de GHPP o de los padres/tutor administrativo (si se trata de un menor de edad)		Relación con el menor de edad:	Fecha:
_____		_____	_____
Si firmó con una "X", firma de un testigo:	Relación del testigo con el solicitante de GHPP:	Número de teléfono del testigo:	Fecha:
_____	_____	_____	_____

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

Para proteger su privacidad:

- GHPP debe mantener esta información confidencial.²
- GHPP puede compartir la información de este formulario con personal de salud autorizado de otros programas de salud y bienestar sólo si usted ha firmado el formulario de consentimiento.

Usted tiene derecho a ver su solicitud y los datos de GHPP que estén relacionados 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. De acuerdo con la ley, la información que usted le entrega 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
SOLICITUD PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD AL
PROGRAMA PARA PERSONAS DISCAPACITADAS GENETICAMENTE
GENETICALLY HANDICAPPED PERSONS PROGRAM (GHPP)**

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

Llene cada una de las secciones completamente. Si no proporciona toda la información necesaria, 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 FIRME EL FORMULARIO Y ESCRIBA 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 identificación, como 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 su Seguro Social de nueve cifras.
4. **Dirección:** Escriba el número de la calle en donde 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 documentos que prueben que usted vive en California.** Si no tienen alguno de estos documentos, llame al GHPP para hablar sobre otros documentos que son 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, incluyendo 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, incluyendo 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 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 los Estados Unidos.
11. **Género:** Marque el género que corresponda (masculino o femenino).

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA
SOLICITUD PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD AL
PROGRAMA PARA PERSONAS DISCAPACITADAS GENETICAMENTE
GENETICALLY HANDICAPPED PERSONS PROGRAM (GHPP)**

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

<ol style="list-style-type: none"> 1. Fibrosis quística 2. Ataxia de Friedreich 3. Deficiencia de factor de coagulación (especifique el tipo de factor) 4. Enfermedad de Huntington 5. Enfermedad de Joseph 6. Enfermedad de células falciformes 7. Talasemia mayor 8. Trombastenia 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Trombocitopatía 10. Von Hippel-Lindau 11. Enfermedad de Von Willebrand 12. 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) 13. Otras enfermedades metabólicas (especifique)
---	---

13. Raza/etnicidad: Escriba la categoría de la siguiente lista que describa mejor su raza/etnicidad principal.

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

14. Nombre del médico que atiende su condición GHPP elegible: Escriba el nombre del médico que atiende su condición elegible a GHPP.

14a. Dirección del médico que lo atiende: escriba la dirección del médico que atiende su condición GHPP elegible, escriba el número de la calle, el nombre de la calle, la ciudad, el condado y el código postal.

14b. Teléfono del médico que lo atiende. Escriba el número de teléfono del médico que atiende su condición GHPP elegible, incluyendo el código de área.

15. Nombre de su centro de atención especial. Escriba el nombre de su centro de atención especial, si tiene uno.

16. Información sobre el Poder Notarial/Tutor Administrativo: Si nombró a alguien legalmente para que actúe como su apoderado para su atención de la salud o si le nombraron un tutor administrativo, escriba el nombre, título (con poder notarial, apoderado, o tutor administrativo), la dirección y el número de teléfono de esta persona. **TIENE que adjuntar la documentación del poder 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
SOLICITUD PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD AL
PROGRAMA PARA PERSONAS DISCAPACITADAS GENETICAMENTE
GENETICALLY HANDICAPPED PERSONS PROGRAM (GHPP)**

- 18. ¿Tiene Medicare?** Marque la respuesta correcta (Sí o No).
- Si contestó Sí, ¿cuál es su número de Medicare?** Escriba su identificación de Medicare.
 - Marque todos los programas de Medicare en los que está inscrito:** Marque todo lo que corresponda (Partes A, B, C, D).
- 19. ¿Tiene otro seguro de salud?** Marque la respuesta correcta (Sí o No)
- Si contestó si,** marque la respuesta que indique a través de quien es que usted recibe su seguro y escriba el nombre completo de la compañía de seguros (por ejemplo: Kaiser Permanente, Blue Cross of California, etc.).
 - Tipo de plan:** marque la respuesta que indique el tipo de plan que usted tiene. Nota: Si usted tiene HMO, PPO o POS, por favor envíe con su solicitud una copia del folleto de los beneficios a GHPP.
 - Número de Póliza/Fecha del inicio de la cobertura:** escriba el número de su póliza de seguro y la fecha de inicio de su cobertura.
 - ¿Quién paga por la póliza?** Marque la respuesta que corresponde a su póliza. Si usted marcó “otro” por favor especifique quien paga (por ejemplo: familia).
 - De ser económicamente favorable, el Programa de Reembolso de la Prima de Seguro (HIPR) le podría Reembolsar el costo de la cobertura del seguro medico adicional. Esta usted participando en el programa HIPR?** Marque la respuesta correcta. (Sí o No). **Si su respuesta es si, desearía que el programa HIPR continúe reembolsando por la prima de su seguro?** Marque la respuesta correcta. (Sí o No). **Si su respuesta es no, le gustaría recibir reembolso de su seguro medico adicional?** (Marque la respuesta correcta (Sí o No).
 - Ha habido algún cambio en la información del seguro médico?** (Si contestó si, explique porque).
 - Si su empleador proporciona seguro médico y usted decide no participar en el seguro médico de su empleador:** marque la respuesta que indique porque usted decidió no participar. Si usted marcó “otro” por favor explique.
 - Durante los últimos seis meses de la fecha de esta solicitud, usted o su empleador ha cancelado la póliza de seguro médico proporcionada por su empleador?** Marque la respuesta correcta. Si contestó sí, indique la fecha en que el seguro fue cancelado y la razón por la que se canceló. Si marcó “otro” por favor explique.
- 20. Tiene usted**
- Seguro dental?** Marque la respuesta correcta (Sí o No). Si contestó Sí, escriba el nombre del plan.
 - 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 indique en el formulario. Después firme y escriba la fecha con tinta en los espacios disponibles. 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 completo 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