

遺傳殘疾者計畫申請資格確定

填寫此表格時請參閱第 5、6、7 及 8 頁的說明。請提供所有要求的資訊並將此表格傳回給遺傳殘疾人計劃 (GHPP)。請鍵入或工整書寫。不要縮寫。如果您對填寫此表格有任何疑問，請發送電子郵件至 GHPPEligibility@dhcs.ca.gov 或致電 (916) 713-8400。

A 部分：個人資訊									
1a.姓氏：			1b.名字：				1c.中間名首字母：		
2.使用的其他名字：						3.社會安全號碼（可選）：			
4a.居住地址：			4b.城市：			4c.縣：		4d.郵遞區號：	
5a.郵寄地址（如果不同）：			5b.城市：			5c.縣：		5d.郵遞區號：	
6.電話號碼：		7.電子郵件地址：			8.母親的名字和娘家姓：			9.語言	
10.出生日期：		11a.出生縣：		11b.出生州：		11c.出生國家：		12.社會性別	
13.您符合 GHPP 的疾病是什麼？						14.種族/族裔：			
15a.治療您符合 GHPP 資格的疾病的遺傳專科醫生的姓名。包含 NPI，如果知道。									
15b.遺傳專科醫生地址：				15c.城市			15d.郵遞區號：		
15e.電話號碼：		16.您的特殊護理中心設施名稱：							
17a.與您的遺傳專科醫生一起協調您的醫療保健的初級保健醫生的姓名。包含 NPI，如果知道：									
17b.電話號碼：		17c.地址：			17d.城市：			17e.郵遞區號：	
18.授權委託人/保護人資訊（如適用） 您必須附上證明文件。									
姓名：				職稱：			電話號碼：		
地址：				城市：			郵遞區號：		

B部分：健康保險資訊

19a.您是否有 Medi-Cal (加州醫療補助計劃)？ ☐ 是 ☐ 否

19b.如果“是”，您的受益人辨認卡 (BIC) 號碼是多少？ _____

20a.您是否有 Medicare (聯邦醫療保險)？ ☐ 是 ☐ 否

20b.如果“是”，您的 Medicare (聯邦醫療保險) 號碼是什麼？ _____

20c.請勾選您加入的所有 Medicare (聯邦醫療保險) 計劃：

☐ A 部分 ☐ B 部分 ☐ C 部分 ☐ D 部分

21a.您是否有其他健康保險？ ☐ 是 ☐ 否

21b.如果“是”，則透過：☐ 您的雇主 ☐ 家庭成員 ☐ 退休福利

21c.您的保險公司名稱： _____

21d.計劃類型：☐ 首選供應商 (PPO) ☐ 醫療保健組織

☐ 其他 (請註明)： _____

21e.保單號碼： _____

21f.承保開始日期： _____

21g.誰支付保險費？ ☐ 雇主 ☐ 自己 ☐ 雇主和自己

☐ 其他 (請註明)： _____

21 h.當具有成本效益時，健康保險費報銷 (HIPR) 計劃可能會報銷您的第三方健康保險費。

您目前正在參加 HIPR 計劃嗎？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答“是”，您希望 HIPR 計劃繼續為您提供報銷嗎？ ☐ 是 ☐ 否

如果您目前沒有參加 HIPR 計劃，您是否希望報銷第三方保險費？ ☐ 是 ☐ 否

21i.自上次提交文件以來，您的保險資訊是否有任何變更？ ☐ 是 ☐ 否

如果“是”，請解釋原因： _____

請附上保險卡的複印件。若要繼續參與 HIPR 計劃，請每年提交 GHPP 續約申請。

21j.如果您的雇主提供健康保險，而您選擇不參加雇主的計劃，請選擇以下原因：

☐ 保費太貴了。

☐ 我失業了，有資格繼續享受 COBRA，但無力繳交保險費。

☐ 我已經達到了雇主保險的終身承保限額。

☐ 為我提供治療的醫生不屬於我的計劃的提供者網絡。

☐ 其他 (請註明)： _____

21k.從此申請之日起過去的六個月內，您的雇主或您本人是否終止了雇主的健康保險？ ☐ 是 ☐ 否

如果“是”，終止日期是什麼時候？ _____

請選擇以下終止原因：

- ☐ 我的雇主停止了向所有員工和/或其家屬提供健康福利。
☐ 我的雇主停止了向所有員工和/或其家屬提供健康福利。
☐ 我的地址更改為不受雇主健康保險承保的郵遞區號。
☐ 透過其提供保險的個人死亡或合法分居/離婚。
☐ 我已經達到了雇主健康保險的終身承保限額。
☐ 我的保險根據 **COBRA** 保單，而 **COBRA** 承保期間已結束。
☐ 其他（請註明）： _____

22. 您是否有牙科保險？ ☐ 有 ☐ 否

若“有”，計劃名稱： _____

23. 您是否有視力保險？ ☐ 有 ☐ 否

若“有”，計劃名稱： _____

C 部分：性取向與性別認同

性傾向與性別認同議題，用於實施 **Assembly Bill 959** 女同性戀、男同性戀、雙性戀和變性者 (LGBT) 差异法案。

Assembly Bill 959 (一項法案添加 **Section 8310.8** 到 **Government Code** 關於數據收集，**Chapter 565, 2015**)、《減少女同性戀、男同性戀、雙性戀和變性者差异法案》要求衛生保健服務部收集有關申請人性取向和性別認同的自願資訊。請在下方填寫更多有關申請人的社會性別、性別認同、性別表達或性取向的資訊。

24a. 您出生時的指定性別是？ (必填)

☐ 女性 ☐ 男性 ☐ 跨性別

24b. 您的性別認同是什麼？ (可選)

☐ 女性 ☐ 男性 ☐ 跨性別者，男變女 ☐ 跨性別者，女變男

☐ 非二元性別 (既不是男性也不是女性) ☐ 另一種性別認同

24c. 您的出生證明上列出的性別是什麼？
(可選)

☐ 女性 ☐ 男性

24d. 您認為自己是嗎？ (可選)

☐ 直男或異性戀 ☐ 同性戀者男同性戀/女同性戀 ☐ 雙性戀 ☐ 酷兒
☐ 另一種性取向 ☐ 不明

D 部分：認證

閱讀下面每一條聲明並填寫您的姓名首字母。您的簽名授權 GHPP 繼續處理您的申請。

_____ 我正在向 GHPP 申請以確定我是否有資格獲得服務/福利。我了解，完成此申請並不能保證我被 GHPP 接受。

_____ 我同意 GHPP 驗證我的住處、健康資訊、收入和/或其他可能需要確定我的 GHPP 資格和承保費金額的情況（如果有）。

_____ 我允許 GHPP 在指定的電話答錄機/服務上留下有關我參與 GHPP 的訊息。

_____ 我保證我已閱讀過此信息，或有人向我讀過此信息，並且我理解此信息。

_____ 我保證，據我所知，我在此表格中提供的資訊是真實和正確的。

GHPP 申請人或未成年人/兒童的父母/法定監護人的簽名：		與未成年/兒童的關係：	日期：
如果用「X」簽名，請工整書寫見證人的姓名：	證人與 GHPP 申請人的關係：	見證人電話號碼：	
見證人簽名：			日期：

加州法律要求向申請服務的家庭提供有關 GHPP 如何保護其隱私的資訊。¹ 為了保護您的隱私：

- GHPP 必須對該資訊保密。²
- GHPP 可能會與其他衛生和福利部門的授權人員分享表格上的資訊。

您有權查看您的申請和與您有關的 GHPP 記錄。如果您希望查看這些記錄，請透過電子郵件聯絡 GHPP GHPPEligibility@dhcs.ca.gov 或致電 (916) 713-8400。根據法律規定，您提供給 GHPP 的資訊將由該計劃保存。³

¹ Civil Code, Section 1798.17

² 依據 Section 41670, Title 22, California Code of Regulations 和 California Public Records Act (Government Code, Sections 6250-6288)

³ Section 123800 et. Seq. 的 California Health and Safety Code

填寫遺傳殘疾者計劃確定資格申請表的說明

如果手填此表格，請工整書寫，以便盡快處理您的申請。完整填寫每個部分。如果您沒有提供所有要求的信息，GHPP 將無法繼續處理您的申請。如果您需要協助填寫此表格，請聯絡 GHPP (916) 713-8400。填妥申請表後，請將其透過電子郵件發送至 GHPP 收件匣：GHPPEligibility@dhcs.ca.gov 或將申請表郵寄至 Genetically Handicapped Persons Program MS 4507, P.O. Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413。請記得在此表格上簽名並註明日期。

A 部分：個人資訊：這包括處理此表格所需的識別資訊和其他資訊。

- 1a. 姓氏：**填寫您的姓氏。在申請表上附上身份證明，例如加州駕駛執照或加州身份證的複印件。
- 1b. 名字：**填寫您的名字。
- 1c. 中間名首字母：**如果您有中間名，請填寫您的中間名首字母。
- 2. 使用的其他名字：**如果您有其他合法姓名，請填寫該姓名。
- 3. 社會安全號碼（可選）：**填寫您的九位數社會安全號碼。
- 4a. 居住地址：**填寫您的住處地門牌號碼、街道名稱以及公寓號碼（如果適用）。請勿在此欄位使用郵政信箱。請附上以下其中之一的複印件，以證明您在加州的居住身份。如果您沒有以下任何文件，請致電 GHPP 討論其他可接受的文件。
 - 4. 目前的加州水電費賬單**
 - 5. 租金或抵押收據**
 - 6. 顯示在加州就業的文件**
 - 7. 在加州登記投票的證據**
 - 8. 加州學校就讀證明**
 - 9. 接受加州公共援助的證據**
- 4d. 城市：**填寫您的居住城市。
- 4e. 4c. 縣：**填寫您的居住縣。
- 4f. 郵遞區號：**填寫居住地郵遞區號
- 5a. 郵寄地址（如果不同）：**填寫您的郵寄地址、門牌號碼、街道名稱，以及（如果適用）公寓號碼。
- 5b. 城市：**填寫您的郵寄地址所在的城市。
- 5c. 縣：**填寫您的郵寄地址所在的縣。
- 5d. 郵遞區號：**填寫您的郵寄地址的郵遞區號。
- 6. 電話號碼：**填寫白天可以聯絡到您的電話號碼，包括區號。
- 7. 電子郵件地址：**填寫可以聯絡到您的電子郵件地址。
- 8. 母親的名字和娘家姓：**填寫您母親的名字和娘家姓。
- 9. 語言：**填寫您最習慣交流的語言的名稱。
- 10. 出生日期：**填寫您的出生月、日、年。
- 11a. 出生縣：**填寫您出生的縣。
- 11b. 出生州：**填寫您出生的州。
- 11a. 出生國家：**如果您出生在美國以外的國家，請填寫您的出生國家。

12. 性別：填寫您的性別（男或女），或參閱第 3 部分提供有關您的社會性別、性別認同、性別表達或性取向的更多資訊。

13. 您符合 GHPP 的疾病是什麼？填寫您符合 GHPP 資格的疾病。以下是符合 GHPP 資格的疾病清單：

• 囊腫纖維化 • Friedreich 共濟失調 • 血友病因子缺乏症（請指定因子類型） • Huntington 症 • Joseph 病 • 鐮形血球貧血症 • 重型地中海貧血 • 血小板無力症	• 血小板病 • Von Hippel-Lindau • 血管性血友病 • 代謝疾病（如苯酮尿病、酪胺酸血病、支鏈胺基酸、楓糖尿病、尿素循環失調、Wilson 病） • 其他代謝疾病（請說明）
---	--

14. 種族/族裔：從以下列表中填寫最能描述您主要種族/族裔。

• 阿拉斯加原住民 • 美亞人 • 美洲印地安人 • 亞裔 • 亞洲印度人 • 黑人/非裔美國人 • 柬埔寨人 • 中國人 • 菲律賓人 • 關島人	• 夏威夷人 • 西班牙裔/拉丁裔 • 日本人 • 韓國人 • 老撾人 • 薩摩亞人 • 越南人 • 白人 • 其他
---	--

15a. 治療您符合 GHPP 資格的疾病的遺傳專科醫生的姓名。包含 NPI，如果知道：填寫為您符合 GHPP 資格的疾病提供後續護理的醫生的姓名。

15b. 遺傳專科醫生地址：填寫遺傳專科醫生的門牌號碼和街道名稱。

15c. 城市：填寫遺傳專科醫生所在的城市。

15d. 郵遞區號：填寫遺傳專科醫生的郵遞區號。

15e. 電話號碼：填寫遺傳專科醫生的電話號碼，包括區號。

16. 您的特殊護理中心設施名稱：如果您有一個特殊護理中心，請填寫您的特殊護理中心的名稱。

17q. 與您的遺傳專科醫生一起協調您的醫療保健的初級保健醫生的姓名。包含 NPI，如果知道：填寫您的初級保健醫生的姓名。

17r. 電話號碼：填寫您的初級保健醫生的電話號碼。

17s. 地址：填寫您的初級保健醫生的門牌號碼和街道名稱。

17t. 城市：填寫您的初級保健醫生所在的城市。

17u. 郵遞區號：填寫您的初級保健醫生的郵遞區號。

18. 授權委託人/保護人資訊：如果您已合法指定某人為您的醫療保健授權委託人，或已為您指定了保護人，請寫明此人的姓名、職務（即授權委託人或保護人）、電話號碼、地址（門牌號碼和街道名稱）、城市和郵遞區號。如果您希望此人能夠就您的醫療保健事宜與 GHPP 進行溝通，則必須附上此人代表您行事的合法權力文件。

B部分：健康保險資訊：GHPP 被視為最後的付款人。換句話說，僅在您的任何其他醫療保險支付了後，GHPP 才會支付您醫療必需的醫療保健費用。

19a. 您是否有 Medi-Cal (加州醫療補助計劃)？選出正確的答案（“是”或“否”）。

19b. 如果“有”，您的受益人辨認卡 (BIC) 號碼是多少？填寫位於受益人辨認卡 (BIC) 正面的 Medi-Cal 號碼。

20a. 您是否有 Medicare (聯邦醫療保險)？選出正確的答案（“是”或“否”）。

20b. 如果“是”，您的 Medicare 號碼是什麼？填寫您的 Medicare 號碼。

20c. 請勾選您加入的所有 Medicare (聯邦醫療保險) 計劃：勾選所有適用項目 (A、B、C 和/或 D 部分)。

21a. 您是否有其他健康保險？選出正確的答案（“是”或“否”）。

21b. 如果“是”，則透過：選擇您的保險來源，無論是透過您的雇主，或是透過家庭成員，或透過您的退休福利。

21c. 您的保險公司名稱：填寫您的保險公司的全名（例如，Kaiser Permanente、Blue Cross of California 等）附上您的保險卡正反面的複印件。

21d. 計劃類型：選擇與您的計劃類型相符的答案 - 首選提供者組織 PPO、醫療保健組織 (HMO) 或其他。若有其他，請在提供的欄位中註明。

21e. 保單號碼：填寫您的保單號碼。

21f. 保險開始日期：填寫您的保險開始日期。

21g. 誰支付保險費？請選擇答案以表明誰為您的保險付費 - 您的雇主、您自己、您的雇主和您自己，或其他。如果選擇“其他”，請在提供的欄位中註明。

21h. 當具有成本效益時，HIPR 計劃可能會報銷您的第三方健康保險費用。您目前正在參加 HIPR 計劃嗎？選出正確的答案（是或否）。

如果回答“是”，您希望 HIPR 計劃繼續為您提供報銷嗎？選出正確的答案（“是”或“否”）。

如果您目前沒有參加 HIPR 計劃，您是否希望報銷第三方保險費？選出正確的答案（是或否）

21i. 自上次提交文件以來，您的保險資訊是否有任何變更？選擇正確的答案（是或否）。

如果“是”，請解釋原因：在該欄位中，解釋一下自上次提交 GHPP 申請以來您的保險資訊變更的原因。您必須附上您的保險卡的複印件。您必須更新您的 GHPP 承保才能繼續參與 HIPR 計劃。

21j. 如果您的雇主提供健康保險，而您選擇不參加雇主的計劃，請選擇以下原因：請選擇可以解釋您選擇不參加的原因的答案。如果您選擇“其他”，請在提供的欄位中解釋。

21k. 自申請之日起過去的六個月內，您的雇主或 您自己終止了雇主的健康保險嗎？選出正確的答案（“是” 或 “否”）。

如果“是”，終止日期是什麼時候？如果是，請填寫保險終止的日期，並選擇保險終止的原因。如果您選擇「其他」作為終止原因，請在提供的欄位中說明原因。

22. 您是否有牙科保險？選出正確的答案（“是” 或 “否”）。

若“有”，計劃名稱：寫入牙科計劃的名稱。

23. 您是否有視力保險？選出正確的答案（是或否）

若“有”，計劃名稱：填寫視力計劃的名稱。

第 3 部分：性取向和性別認同。

24a. 您出生時的指定性別是什麼？（必填）：選出正確的答案。這個問題必需的。

24b. 您的性別認同是什麼？（可選）：選出正確的答案。您無需回答這個問題。

24c. 您的出生證明上列出的性別是什麼？（可選）：選出正確的答案。您無需回答這個問題。

24d. 您認為自己是嗎？（可選）：選出正確的答案。您無需回答這個問題。

第 4 部分：認證。

閱讀並用姓名首字母草簽表格上註明的聲明，如果手寫，則用墨水簽名並註明日期；如果以電子方式填寫，則使用數位簽名。如果您用「X」簽名，則必須有證人在指定的空格處簽字。

提交您的申請。

發送已填妥的表格 DHCS 4000 A 以及後續表格 DHCS 4000 B（遺傳殘疾者計劃初始/年度收入證明）並附上以下文件的副本：

- 帶照片的身份證（加州駕照 (CDL)、加州身份證 (ID)、護照或學生證）
- 加州居住證明（水電費賬單、租賃協議、選民登記等）
- 收入證明（最近一年的 1040 稅表，SSI/EDD 對賬單等）
- (僅限新申請) 具有特定 GHPP 合格診斷的醫療記錄和支持您符合 GHPP 合格疾病的基因實驗室檢測結果

透過電子郵件發送至 GHPPEligibility@dhcs.ca.gov 或郵寄到：Genetically Handicapped Persons Program, MS 4507
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413

遺傳性殘疾人員計劃初始/年度收入驗證

填寫此表格時請參閱第 11 頁及第 12 頁的說明。基因殘疾者計劃 (GHPP) 需要以下資訊來確定您的註冊費金額 (如果有)。您的註冊費將根據您上一日曆年的家庭總收入計算。您的收入資訊每年都會審查一次，因此您的註冊費可能會每年都有變化。

請提供所有所需資訊並將此表格傳回給 GHPP。請鍵入或工整書寫。不要縮寫。如果您對填寫此表格有任何疑問，請發送電子郵件至 GHPP GHPPEligibility@dhcs.ca.gov 或致電 (916) 713-8400。

A 部分：個人資訊			
1a. 姓氏：	1b. 名字：	1c. 中間名首字母：	2. 社會安全號碼 (可選)：
3a. 居住地址：	3b. 城市：	3c. 縣：	3d. 郵遞區號：
4. 日間電話號碼：		5. 電子郵件地址：	
B 部分：收入驗證			
6. 家庭總收入： _____			
7. 列出收入資料來源並附上副本			
8. 家庭規模： _____			
列出依賴家庭收入的家庭成員，包括您自己。			
姓名： _____	關係： _____		
姓名： _____	關係： _____		
姓名： _____	關係： _____		
姓名： _____	關係： _____		
姓名： _____	關係： _____		
9. 就業資訊			
您的雇主名稱： _____			
地址： _____ 城市： _____ 郵遞區號： _____			
雇主電話： _____			
C 部分：註冊費信息			
註冊費狀態通知：			
當 GHPP 計算您的註冊費金額後，您將收到書面通知。總註冊費將在註冊費協議中提供。註冊費協議將指定所欠金額和兩種付款方式：			
a. 自 GHPP 通知之日起 60 天內應支付一筆總款， 或者 b. 兩到三次付款，付款期限分別不晚於 GHPP 通知之日起的第 60、120 和 180 天。			
若未能依照簽署的協議支付註冊費，將導致您的案件於 GHPP 通知之日起第 61 天、第 121 天或第 181 天結案。			

D部分：認證

閱讀下面每一條聲明並填寫您的姓名首字母。

_____ 我理解，我的承保費（如果有）將根據我申報的收入計算，如果我的收入發生變化，我的承保費每年也可能會變化。

_____ 我同意 GHPP 核實我的收入和/或確定我的年度註冊費的其他可能需要情況（如果有）。

_____ 我證明我已經閱讀過此信息，或者有人向我讀過此信息，並且我理解它。

_____ 我保證，據我所知，我在此表格中提供的資訊是真實和正確的。

GHPP 申請人或未成年人/兒童的父母/法定監護人的簽名：		與未成年/兒童的關係：	日期：
如果用「X」簽名，請工整書寫證人的姓名：	證人與 GHPP 申請人的關係：	見證人電話號碼：	
見證人簽名：			日期：

加州法律要求向申請服務的家庭提供有關 GHPP 如何保護其隱私的資訊。¹ 為了保護您的隱私：

- GHPP 必須對該資訊保密。²
- 只有當您簽署了同意書後，GHPP 才會與其他健康與福利計劃的授權人員分享表格上的資訊。

您有權查看您的申請和與您有關的 GHPP 記錄。如果您希望查看這些記錄，請聯絡 GHPP (916) 713-8400。根據法律規定，您提供給 GHPP 的資訊將由該計劃保存。³

¹. Civil Code, Section 1798.17

². 依據 Section 41670, Title 22, California Code of Regulations 和 California Public Records Act (Government Code, Sections 6250-6255)

³. Section 123800 et seq. 的 California Health and Safety Code

完成遺傳殘疾者計劃的說明

初始/年度收入核實表

如果手填此表格，請工整書寫，以便盡快處理您的申請。完整填寫每個部分。如果您沒有提供所要求的所有信息，GHPP 將無法繼續處理您的申請。如果您需要協助填寫此表格，請聯絡 GHPP (916) 713-8400。申請完成後，請將其透過電子郵件發送至 GHPP 收件匣：GHPPEligibility@dhcs.ca.gov 或將申請表郵寄至 Genetically Handicapped Persons Program MS 4507, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413。請記得在此表格上簽名並註明日期。

A 部分：個人資訊

這包括識別資訊和處理此表格所需的其他資訊。

- 1a. 姓：**填寫您的姓氏。在申請表上附上身份證明，例如加州駕駛執照或加州身份證的複印件。
- 1b. 名字：**填寫您的名字。
- 1c. 中間名首字母：**如果您有中間名，請填寫您的中間名首字母。
- 2. 社會安全號碼（可選）：**填寫您的九位數社會安全號碼。
- 3c. 居住地址：**填寫您的住處門牌號碼、街道名稱和公寓號碼。
- 3d. 城市：**填寫您的居住城市。
- 3e. 縣：**填寫您的居住縣市。
- 3f. 郵遞區號：**填寫您的居住郵遞區號。
- 4. 日間電話號碼：**填寫可以聯絡到您的電話號碼，包括區號。
- 5. 電子郵件地址：**填寫可以聯絡到您的電子郵件地址。

B 部分：收入驗證

您的註冊費（如果有）將根據您在此部分提供的資訊計算。

- 6. 家庭總收入：**輸入美元金額。這是您的 1040 稅表上的信息，您也可以使用 W-2 表格和/或下面第 7 項列出的其他文件。您必須包括依賴家庭收入的家庭成員的收入。使用上一年度的收入金額。例子：
 - 如果您沒有出現在任何其他人的報稅單上並且您自己賺取收入，那麼這就是您必須報告的金額。
 - 如果您已婚，則您必須申報您的收入和您配偶的收入，即使您是分開申報。
 - 如果您與家庭成員同住，並且家庭成員在其報稅表上聲稱您是家庭成員，那麼您必須使用他們的收入金額並提供他們的報稅單副本。
 - **您不必要將室友或兄弟姊妹等住戶成員的收入計算在內。**
- 7. 如果您對必須報告的收入有疑問，請聯絡 GHPP。列出收入資料來源並附上副本：**這表示您用來計算第 6 項所列金額的文件。附上您的聯邦稅表 1040 的副本以及用於計算您的家庭總收入的以下任何文件的副本。
 - 社會安全收入月結單
 - 殘疾收入報表
 - W-2 表格
 - 薪資單
 - 其他（請註明）

8. **家庭規模**：填寫家庭成員的數量，包括您自己。列出您家庭中依賴家庭收入的成員。在計算您的註冊費時會考慮您的家庭規模。如果需要更多空間，請附上附加頁。
9. **就業資訊**：列出您的雇主的姓名、電話號碼和地址。

C 部分：註冊費信息

請閱讀本部分中有關您的註冊費的重要資訊。

D 部分：認證

閱讀表格上註明的聲明並用姓名首字母草簽。然後，如果手寫，則用墨水簽名並註明日期；如果以電子方式填寫，則使用數位簽名。如果您用「X」簽名，則必須有證人在指定的空格處簽字。

提交申請

發送已填妥的表格 DHCS 4000 B 以及前面的表格 DHCS 4000 A（遺傳殘疾者計劃確定資格申請表）並附上以下文件的副本：

- 帶照片的身份證（加州駕照 (CDL)、加州身份證 (ID)、護照或學生證）
- 加州居住證明（水電費賬單、租賃協議、選民登記等）
- 收入證明（最近一年的 1040 稅表，SSI/EDD 對賬單等）
- (僅限新申請) 具有特定 GHPP 合格診斷的醫療記錄和支持您符合 GHPP 合格疾病的基因實驗室檢測結果

透過電子郵件發送至 GHPPEligibility@dhcs.ca.gov 或郵寄至：

Genetically Handicapped Persons Program, MS 4507

P.O. Box 997413

Sacramento, CA 95899-7413

收集隱私權聲明

本隱私權聲明要求者為 California Civil Code section 1798.17。此表格的目的是收集註冊參加遺傳殘疾者計劃 (GHPP) 的資訊。此表格中收集的個人和/或醫療資訊是保密的，並受到《健康保險流通與責任法案隱私權規則》（《聯邦法規匯編》第 45 篇第 160、164 部分）、《資訊實踐法案》（加州民法典第 1798 條等條款），衛生保健服務部（部門）政策和州政策的保護。本表格中的資訊由衛生部臨床保障司根據《健康與安全法典》第 125155、125155.1、125157、125166、125175、125180 和 125185 節收集。

除非另有說明，本表格中要求的所有資訊均為必填項。如果您不提供所需的信息，該部門將把您的申請表作為不完整的申請表退回給您。本部門可能會與以下機構分享所提供的資訊：(1) 其他州機構，以便履行其憲法或法定職責，但前提是該等使用與資訊收集目的相符，(2) 如果州或聯邦法律有要求，則為地方、州或聯邦政府實體；以及 (3) 健康計劃。除了本表格中特別要求的資訊之外，請不要提供任何個人或醫療資訊。

大多數情況下，個人有權存取聯邦和州記錄中有關他們的資訊。該部門可能會收取少量費用來支付複製這些資訊的成本。如需了解更多資訊或存取本部門保存的包含您個人資訊的記錄，請通過以下方式聯絡：

Office Technician
DHCS/CADPO Box 997419
Sacramento, CA. 95899
電話：(916) 552-9100

如果您希望取得 DHCS 隱私權政策和慣例的紙本副本，或希望就隱私權慣例提出申訴，您可以透過郵件、電子郵件或電話聯絡該部門的資料隱私部門：

Privacy Office
c/o: Data Privacy Unit
Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 4722
Sacramento, CA 95899-7413
電子郵件：incidents@dhcs.ca.gov
電話：(916) 445-4646

衛生保健服務部關於個人資訊的政策可在網上查閱，網址為該部的《隱私慣例通知》(<https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx>) 和《隱私權政策聲明》(<https://www.dhcs.ca.gov/pages/privacy.aspx>)。