

자격 결정을 위한 유전적 장애인 프로그램 신청서

이 양식을 작성할 때 5, 6, 7, 8페이지의 지침을 참조하세요. 요청된 모든 정보를 제공하고 이 양식을 유전적 장애인 프로그램(GHPP)에 제출해 주세요. 입력하거나 기입해 주세요. 약어를 사용하지 마세요. 이 양식 작성에 대해 궁금한 점이 있으면, GHPP에 이메일을 보내거나 GHPPeligibility@dhcs.ca.gov (916) 713-8400에 전화하세요

섹션 A: 개인 정보				
1a. 성:		1b. 이름:		1c. 중간 이니셜:
2. 사용한 다른 이름:			3. 사회보장번호(선택 사항):	
4a. 거주지 주소:		4b. 시:	4c. 카운티:	4d. 우편번호:
5a. 우편주소(다른 경우):		5b. 시:	5c. 카운티:	5d. 우편번호:
6. 전화번호:	7. 이메일 주소:		8. 어머니의 이름과 결혼 전 성씨:	9. 언어
10. 생년월일:	11a. 출생 카운티:	11b. 출생 주:	11c. 출생 국가:	12. 성별:
13. GHPP 자격이 되는 귀하의 질환은 무엇인가요?			14. 인종/민족:	
15a. 유전적 장애인 프로그램 자격이 되는 귀하의 질환을 치료하는 유전 전문의의 이름. 알고 있는 경우 NPI를 포함해 주세요:				
15b. 유전 전문의의 주소:		15c. 시		15d. 우편번호:
15e. 전화번호:	16. 귀하의 특별치료센터 시설 이름:			
17a. 귀하의 유전 전문의와 함께 귀하의 건강 관리를 조율하는 주치의의 이름. 알고 있는 경우 NPI를 포함해 주세요:				
17b. 전화번호:	17c. 주소:	17d. 시:		17e. 우편번호:
18. 대리인/후견인 정보(해당되는 경우): 증빙 문서를 첨부해야 합니다.				
이름:		직함:		전화번호:
주소:		시:		우편번호:

섹션 B: 건강 보험 정보

19a. 귀하는 Medi-Cal이 있으신가요? 예 아니요

19b. "예"인 경우, 수혜자 신분증(BIC) 번호는 무엇인가요? _____

20a. 귀하는 메디케어에 가입되어 있나요? 예 아니요

20b. "예"인 경우, 메디케어 번호는 무엇인가요? _____

20c. 귀하가 가입한 모든 메디케어 프로그램에 체크해 주세요:

파트 A 파트 B 파트 C 파트 D

21a. 귀하는 다른 건강보험에 가입하셨나요? 예 아니요

21b. "예"인 경우, 다음 중 누구를 통해 가입: 귀하의 고용주 가족 구성원 퇴직 혜택

21c. 귀하의 보험회사 이름: _____

21d. 플랜 유형: 선호 서비스 제공자(PPO) 건강 관리 조직

기타(구체적으로 명시): _____

21e. 보험증권 번호: _____ 21f. 보험 보장 시작 날짜: _____

21g. 보험료는 누가 지불하나요? 고용주 본인 고용주와 본인

기타(구체적으로 명시): _____

21 h. 비용 효율성이 높은 경우, 건강보험료 환급(HIPR) 프로그램은 귀하의 제3자 건강보험료를 환급할 수 있습니다.

귀하는 현재 HIPR 프로그램에 참여 중이신가요? 예 아니요

"예"인 경우, HIPR 프로그램이 계속해서 귀하에게 환급하기를 원하시나요? 예 아니요

귀하가 현재 건강보험료 환급 프로그램에 참여하고 있지 않은 경우, 제3자 보험료에 대한 환급을 원하시나요? 예 아니요

21i. 마지막 신청서 제출 이후 귀하의 보험 정보가 변경되었나요? 예 아니요

"예"인 경우, 그 이유를 설명하세요: _____

보험증 사본을 첨부해 주세요. HIPR 프로그램에 계속 참여하려면 매년 GHPP 갱신 신청서를 제출해 주세요.

21j. 귀하의 고용주가 건강보험을 제공하지만 귀하가 고용주의 플랜에 참여하지 않기로 선택한 경우, 그 이유를 선택해 주세요.

보험료가 너무 비쌉니다.

본인은 직장을 잃었고, 보험 보장을 계속 유지할 자격이 있지만 COBRA, 보험료를 지불할 수 없습니다.

본인은 고용주의 건강보험의 평생 보장 한도를 초과했습니다.

본인의 질환을 치료하는 의사가 본인 플랜의 의료 서비스 제공자 네트워크에 속하지 않습니다.

기타(구체적으로 명시): _____

21k. 이 신청서 작성일로부터 지난 6개월 이내에 귀하의 고용주 또는 귀하가 고용주의 건강보험을 종료한 적이 있나요? 예 아니요

"예"인 경우, 종료된 날짜는 언제인가요? _____

아래에서 종료 사유를 선택해 주세요:

- 본인의 고용주가 모든 직원 및/또는 부양가족에 대한 건강보험 혜택을 중단했습니다.
- 본인의 고용주가 모든 직원 및/또는 부양가족에 대한 건강 보험혜택을 중단했습니다.
- 본인의 주소가 고용주의 건강보험이 적용되지 않는 우편번호로 변경.
- 보험을 제공받은 개인의 사망 또는 법적 별거/이혼.
- 본인은 고용주의 건강보험의 평생 보장 한도를 초과했습니다.
- 본인의 보험 보장은 COBRA 증권에 의한 것이었으며, COBRA 보험 보장 기간이 종료되었습니다.
- 기타(구체적으로 명시): _____

22. 치과보험에 가입하셨나요? 예 아니요

"예"인 경우, 플랜의 이름: _____

23. 시력보험에 가입하셨나요? 예 아니요

"예"인 경우, 플랜의 이름: _____

섹션 C: 성적 지향 및 성 정체성

Assembly Bill 959레즈비언, 게이, 양성애자, 트랜스젠더(LGBT) 불평등 감소법 시행을 위한 성적 지향 및 성 정체성 질문.

Assembly Bill 959 (이는 데이터 수집과 관련된 Section 8310.8문항을Government Code에 추가하는 법률임 Chapter 565, 2015), 레즈비언, 게이, 양성애자 및 트랜스젠더 불평등 감소법은 보건서비스국이 신청자의 성적 지향 및 성 정체성에 대한 자발적인 정보를 수집하도록 규정하고 있습니다. 아래에 신청자의 성별, 성 정체성, 성 표현 또는 성적 지향에 대해 자세히 기입하여 알려 주세요.

24a. 귀하가 태어났을 때 주어진 성별은 무엇이었나요? (필수)

- 여성 남성 트랜스젠더

24b. 귀하의 성 정체성은 무엇인가요? (선택 사항)

- 여성 남성 트랜스젠더, 남성에서 여성으로 트랜스젠더, 여성에서 남성으로
- 논바이너리(남성도 여성도 아님) 다른 성 정체성

24c. 귀하의 출생증명서에 기재된 성별은 무엇인가요?

(선택 사항)

- 여성 남성

24d. 귀하는 자신을 어떻게 생각하시나요?(선택 사항)

- 스트레이트 또는 이성애자 게이 또는 레즈비언 양성애자 퀴어
- 다른 성적 지향자 알 수 없음

섹션 D: 인증

아래의 각 진술을 읽고 이니셜을 표시해 주세요. 귀하의 서명은 GHPP가 귀하의 신청을 진행할 수 있도록 승인하는 것입니다.

_____ 본인은 서비스/혜택에 대한 자격을 결정하기 위해 GHPP에 신청하고 있습니다. 본인은 이 신청서를 작성한다고 해서, GHPP 가입이 반드시 보장되는 것은 아님을 이해합니다.

_____ 본인은 GHPP가 본인의 GHPP 자격 및 등록 비용 (있는 경우)을 결정하기 위해 본인의 거주지, 건강 정보, 소득 및/또는 필요한 기타 상황을 확인할 수 있도록 허락합니다.

_____ 본인은 GHPP가 본인의 GHPP 참여와 관련된 메시지를 본인의 지정된 전화응답기/서비스에 남기는 것을 허락합니다.

_____ 본인은 이 정보를 읽었거나 본인에게 읽어주었으며, 이를 이해했음을 증명합니다.

_____ 본인은 이 양식에 제공한 정보가 본인이 아는 한 사실이며 정확함을 증명합니다.

GHPP 신청자 또는 미성년자/아동의 부모/법정 후견인의 서명		미성년자/아동과의 관계:	날짜:
'X'로 서명하는 경우, 증인의 이름을 기입해 주세요:	증인과 GHPP 신청자의 관계:	증인 전화번호:	
증인 서명:			날짜:

캘리포니아 법은 서비스를 신청하는 가족에게 GHPP가 개인정보를 보호하는 방법에 대한 정보를 제공하도록 규정하고 있습니다.¹ 귀하의 개인정보 보호를 위해:

- GHPP는 이 정보를 기밀로 유지해야 합니다.²
- GHPP는 양식의 정보를 다른 보건 및 복지 부서의 승인된 직원들과 공유할 수 있습니다.

귀하는 귀하와 관련된 신청서 및 GHPP 기록을 열람할 권리가 있습니다. 이러한 기록을 열람하고자 하는 경우, GHPP에 이메일로 연락하거나 GHPPeligibility@dhcs.ca.gov (916) 713-8400 _____³

¹ 이는 Section 41670, Title 22, California Code of Regulations 및 California Public Records Act (Government Code, Sections 6250-6288)

² Section 123800 et. Seq.의 California Health and Safety Code Civil Code, Section 1798.17

³ 에 따른 것임.

자격 결정을 위한 유전적 장애인 프로그램 신청서 작성 지침

이 양식을 수기로 작성하는 경우, 신청서가 최대한 빨리 처리될 수 있도록 명확하게 기입해 주세요. 각 섹션을 완전히 작성해 주세요. 요청된 모든 정보를 제공하지 않으면, GHPP는 귀하의 신청서 처리를 진행할 수 없습니다. 이 양식을 작성하는 데 도움이 필요하다면 GHPP에(916) 713-8400로 문의해 주세요. 신청서 작성을 완료한 후, GHPP 수신함 GHPPeligibility@dhcs.ca.gov 으로 이메일을 보내거나 Genetically Handicapped Persons Program MS 4507, P.O. Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413으로 우편 발송해 주세요. 이 양식에 서명하고 날짜를 기입하는 것을 잊지 마세요.

섹션 A: 개인 정보: 여기에는 이 양식을 처리하는 데 필요한 신원 정보 및 기타 정보가 포함됩니다.

- 1a. 성: 귀하의 성을 기입해 주세요 신청서에 귀하의 캘리포니아 운전면허증 또는 캘리포니아 신분증 사본과 같은 신원 증명을 첨부해 주세요.
- 1b. 이름: 귀하의 이름을 기입해 주세요.
- 1c. 중간 이니셜: 중간 이름이 있는 경우 중간 이니셜을 기입해 주세요.
2. 사용한 다른 이름: 귀하가 법적으로 다른 이름으로 알려져 있는 경우, 그 이름을 기입해 주세요.
3. 사회보장번호(선택 사항): 귀하의 9자리 사회보장번호를 기입해 주세요.
- 4a. 거주지 주소: 귀하의 거주지 도로 번호, 도로명, 해당되는 경우 아파트 번호를 기입해 주세요. 이 공간에는 사서함을 사용하지 마세요. 캘리포니아 거주 증명을 위해 다음 중 하나의 사본을 첨부해 주세요. 다음 항목 중 하나라도 가지고 있지 않은 경우, GHPP에 전화하여 추가로 인정되는 서류에 대해 상담해 주세요.
 - 현재 캘리포니아 유틸리티 청구서
 - 임대료 또는 모기지 영수증
 - 캘리포니아에서의 고용을 증명하는 문서
 - 캘리포니아에서의 유권자 등록 증거
 - 캘리포니아 학교 등록 증거
 - 캘리포니아 공적 지원 수령 증거
- 4b. 시: 귀하의 거주 시를 기입해 주세요.
- 4c. 카운티: 귀하의 거주 카운티를 기입해 주세요.
- 4d. 우편번호: 거주지의 우편번호를 기입해 주세요
- 5a. 우편주소(다른 경우): 귀하의 우편주소, 도로 번호, 도로명, 해당되는 경우 아파트 번호를 기입해 주세요.
- 5b. 시: 귀하의 우편주소에 해당하는 시를 기입해 주세요.
- 5c. 카운티: 귀하의 우편주소에 해당하는 카운티를 기입해 주세요.
- 5d. 우편번호: 귀하의 우편주소에 해당하는 우편번호를 기입해 주세요.
6. 전화번호: 낮 동안 귀하에게 연락할 수 있는 전화번호를 지역번호와 함께 기입해 주세요.
7. 이메일 주소: 귀하에게 연락할 수 있는 이메일 주소를 기입해 주세요.
8. 어머니의 음과 결혼 전 성씨: 어머니의 이름과 결혼 전 성씨를 기입해 주세요.
9. 언어: 귀하가 가장 편하게 의사소통할 수 있는 언어의 이름을 기입해 주세요.
10. 생년월일: 귀하의 출생 월, 일, 연도를 기입해 주세요.
- 11a. 출생 카운티: 귀하가 태어난 카운티를 기입해 주세요.
- 11b. 출생 주: 귀하가 태어난 주를 기입해 주세요.
- 11a. 출생 국가: 귀하가 미국 외 지역에서 태어난 경우 태어난 국가를 기입해 주세요.

12. **성별:** 귀하의 성별(남성 또는 여성)을 기입하거나, 성별, 성 정체성, 성 표현 또는 성적 지향에 대한 추가 정보를 제공하려면 섹션 3을 참조하세요.
13. **GHPP 자격이 되는 귀하의 질환은 무엇인가요?** GHPP 자격이 되는 귀하의 질환을 기입해 주세요. 다음은 GHPP 자격이 되는 질환의 목록입니다:

<ul style="list-style-type: none"> • 낭포성 섬유증 • 프리드리히 운동 실조증 • 혈우병 응고인자 결핍(응고인자 유형을 명시해 주세요) • 헌팅턴병 • 요셉의 질병 • 겸상 적혈구 질환 • 주요 지중해 빈혈 • 혈전증 	<ul style="list-style-type: none"> • 혈소판 감소증 • 폰 히펠-린다우병 • 폰 빌레브란트병 • 대사성 질환(예: PKU, 티로신혈증, 분지사슬아미노산, 메이플시럽뇨병, 요소 주기 장애, 윌슨병) • 기타 대사성 질환(명시해 주세요)
---	---

14. **인종/민족:** 다음 목록에서 귀하의 주요 인종/민족을 가장 잘 설명하는 카테고리를 기입해 주세요.

<ul style="list-style-type: none"> • 알래스카 원주민 • 아메라시아인 • 아메리칸 인디언 • 아시아인 • 인도계 아시아인 • 흑인/아프리카계 미국인 • 캄보디아인 • 중국인 • 필리핀인 • 괌 원주민 	<ul style="list-style-type: none"> • 하와이 원주민 • 히스패닉/라티노 • 일본인 • 한국인 • 라오스인 • 사모아인 • 베트남인 • 백인 • 기타
---	---

- 15a. GHPP 자격이 되는 귀하의 질환을 치료하는 **유전 전문의의 이름** 알고 있는 경우 **NPI**를 포함해 주세요: GHPP 자격이 되는 귀하의 질환에 대한 후속 치료를 제공하는 의사의 이름을 기입해 주세요.
- 15b. **유전 전문의의 주소:** 유전 전문의의 거리 번호와 거리 이름을 기입해 주세요.
- 15c. **시:** 유전 전문의의 시를 기입해 주세요.
- 15d. **우편번호:** 유전 전문의의 우편번호를 기입해 주세요.
- 15e. **전화번호:** 지역 번호를 포함하여 유전 전문의의 전화번호를 기입해 주세요.
16. **귀하의 특별치료센터 시설 이름:** 귀하가 특별치료센터를 이용하고 있는 경우 그 이름을 기입해 주세요.
- 17q. **유전 전문의와 함께 귀하의 건강 관리를 조율하는 주치의의 이름.** 알고 있는 경우 **NPI**를 포함해 주세요: 주치의의 이름을 기입해 주세요.
- 17r. **전화번호:** 주치의의 전화번호를 기입해 주세요.
- 17s. **주소:** 주치의의 주소와 도로명을 기입해 주세요.
- 17t. **시:** 주치의의 시를 기입해 주세요.
- 17u. **우편번호:** 주치의의 우편번호를 기입해 주세요.

18. **대리인/후견인 정보:** 귀하의 건강 관리에 대해 법적으로 대리인을 임명했거나 후견인이 임명된 경우, 해당 사람의 이름, 직함(예: 건강 관리 대리인 또는 후견인), 전화번호, 주소(거리 번호 및 이름), 시 및 우편번호를 기입해 주세요. 귀하의 건강 관리와 관련하여 GHPP와 소통할 수 있도록 이 사람이 귀하를 대신하여 행동할 수 있는 법적 권한을 입증하는 서류를 첨부해야 합니다.

섹션 B: 건강보험 정보: GHPP는 최후의 지불자로 간주됩니다. 다시 말해, GHPP는 귀하가 가지고 있을 수 있는 다른 건강보험이 지불된 후에만 귀하의 의료적으로 필요한 치료비를 지불합니다.

- 19a. 귀하는 **Medi-Cal**이 있으신가요? 올바른 응답(예 또는 아니오)을 선택해 주세요.
- 19b. "예"인 경우, 수혜자 신분증(**BIC**) 번호는 무엇인가요? 수혜자 신분증 (BIC) 앞면에 있는 Medi-Cal 번호를 기입해 주세요.
- 20a. 귀하는 메디케어에 가입되어 있나요? 올바른 응답(예 또는 아니오)을 선택해 주세요.
- 20b. "예"인 경우, 메디케어 번호는 무엇인가요? 귀하의 메디케어 ID 번호를 기입해 주세요.
- 20c. 귀하가 가입한 모든 메디케어 프로그램에 체크해 주세요: 해당 항목 모두에 체크해 주세요(파트 A, B, C 및/또는 D).
- 21a. 귀하는 다른 건강보험에 가입하셨나요? 올바른 응답(예 또는 아니오)을 선택해 주세요.
- 21b. "예"인 경우, 다음 중 누구를 통해 가입: 귀하의 보험 출처가 고용주, 가족 구성원을 통해서인지, 또는 또는 퇴직 혜택을 통해서인지 선택해 주세요.
- 21c. 귀하의 보험회사 이름: 귀하의 보험회사의 전체 이름(예: Kaiser Permanente, Blue Cross of California, 등)을 기입해 주세요 보험증 앞면과 뒷면 사본을 모두 첨부해 주세요.
- 21d. **플랜 유형:** 귀하가 가입한 플랜 유형(- 선호 서비스 제공자 PPO, 건강 관리 기관(HMO), 또는 기타와 일치하는 응답을 선택해 주세요. '기타'를 선택한 경우, 제공된 필드에 구체적으로 명시해 주세요.
- 21e. **보험증권 번호:** 보험증권 번호를 기입해 주세요.
- 21f. **보험 보장 시작 날짜:** 보험 보장 시작 날짜를 기입해 주세요.
- 21g. **보험료는 누가 지불하나요?** 귀하의 보험료를 누가 지불하는지에 대한 응답을 선택해 주세요- 고용주, 본인, 고용주와 본인 모두, 또는 기타. '기타'를 선택한 경우, 제공된 필드에 구체적으로 명시해 주세요.
- 21h. **비용 효율성이 높은 경우, HIPR 프로그램은 귀하의 제3자 건강보험료를 환급할 수 있습니다. 귀하는 현재 HIPR 프로그램에 참여 중이신가요?** 올바른 응답(예 또는 아니오)을 선택해 주세요.
"예"인 경우, **HIPR 프로그램이 계속해서 귀하에게 환급하기를 원하시나요?** 올바른 응답(예 또는 아니오)을 선택해 주세요.
귀하가 현재 건강보험료 환급 프로그램에 참여하고 있지 않은 경우, **제3자 보험료에 대한 환급을 원하시나요?** 올바른 응답(예 또는 아니오)을 선택해 주세요.
- 21i. **21i. 마지막 신청서 제출 이후 귀하의 보험 정보가 변경되었나요?** 올바른 응답(예 또는 아니오)를 선택해 주세요.
"예"인 경우, 그 이유를 설명하세요: 이 필드에 GHPP 신청서 마지막으로 제출한 이후 귀하의 보험 정보가 변경된 이유를 기입해 주세요. 귀하의 보험카드 사본을 첨부해야 합니다. HIPR 프로그램에 계속 참여하려면 GHPP 등록을 갱신해야 합니다.
- 21j. **21j. 귀하의 고용주가 건강보험을 제공하지만 귀하가 고용주의 플랜에 참여하지 않기로 선택한 경우, 그 이유를 선택해 주세요. 귀하가 참여하지 않기로 선택한 이유를 설명하는 응답을 선택해 주세요. '기타'를 선택한 경우, 제공된 필드에 설명해 주세요.**

21k. 이 신청서 작성일로부터 지난 6개월 이내에 귀하의 고용주 또는 귀하가 고용주의 건강보험을 종료한 적이 있나요? 올바른 응답(예 또는 아니오)을 선택해 주세요.

"예"인 경우, 종료된 날짜는 언제인가요? '예'인 경우, 보험이 종료된 날짜를 기입하고, 종료된 이유를 선택해 주세요. 종료 이유로 '기타'를 선택한 경우, 제공된 필드에 그 이유를 구체적으로 명시해 주세요.

22. 초과보험에 가입하셨나요? 올바른 응답(예 또는 아니오)을 선택해 주세요.

"예"인 경우, 플랜의 이름: 초과 플랜의 이름을 기입해 주세요.

23. 시력보험에 가입하셨나요? 올바른 응답(예 또는 아니오)을 선택해 주세요.

"예"인 경우, 플랜의 이름: 시력 플랜의 이름을 기입해 주세요.

섹션 3: 성적 지향 및 성 정체성.

24a. 귀하가 태어났을 때 주어진 성별은 무엇이었나요? (필수): 올바른 응답을 선택해 주세요. 이 질문은 필수입니다.

24b. 귀하의 성 정체성은 무엇인가요? (선택 사항): 올바른 응답을 선택해 주세요. 이 질문에 답할 필요는 없습니다.

24c. 귀하의 출생증명서에 기재된 성별은 무엇인가요? (선택 사항): 올바른 응답을 선택해 주세요. 이 질문에 답할 필요는 없습니다.

24d. 귀하는 자신을 어떻게 생각하시나요? (선택 사항): 올바른 응답을 선택해 주세요. 이 질문에 답할 필요는 없습니다.

섹션 4: 인증.

양식에 표시된 내용을 읽고 이니셜을 표시해 주세요. 그런 다음, 손으로 작성하는 경우 잉크로 서명하고 날짜를 기입하거나, 전자 서명으로 작성하는 경우 디지털 서명을 사용해 주세요. 이름을 'X'로 서명하는 경우, 표시된 공간에 증인이 서명해야 합니다.

신청서 제출하기

작성된 양식을 DHCS 4000 A 후속양식 DHCS 4000 B (유전적 장애인 프로그램 초기/연간 소득 확인)과 함께 제출하고, 다음의 사본을 포함해 주세요:

- 사진이 부착된 신분증(캘리포니아 운전면허증(CDL), 캘리포니아 신분증(ID), 여권 또는 학생증)
- 캘리포니아 거주 증명(공과금 청구서, 임대차 계약서, 유권자 등록 등)
- 소득 증명(가장 최근 연도 1040 세금 양식, SSI/EDD 명세서 등)
- (신규 신청자만 해당) GHPP 자격이 되는 질환을 뒷받침하는 특정 GHPP 자격 진단 및 유전자 검사 결과가 포함된 의료 기록

이메일을 GHPPEligibility@dhcs.ca.gov 로 보내거나 다음 주소로 우편으로

보내주세요: Genetically Handicapped Persons Program, MS 4507

P.O. Box 997413

Sacramento, CA 95899-7413

유전적 장애인 프로그램 초기/연간 소득 확인

이 양식을 작성할 때 11페이지와 12페이지의 지침을 참조하세요. 다음 정보는 귀하의 등록비 금액(있는 경우)을 결정하기 위해 유전적 장애인 프로그램(GHPP)에서 요구하는 정보입니다. 귀하의 등록비는 이전 회계연도의 가족 총소득을 기준으로 책정됩니다. 귀하의 소득 정보는 매년 검토되므로, 등록비는 해마다 변경될 수 있습니다.

요청된 모든 정보를 제공하고 이 양식을 GHPP에 제출해 주세요. 입력하거나 기입해 주세요. 약어를 사용하지 마세요. 이 양식 작성에 대해 궁금한 점이 있으면 GHPP에 GHPPEligibility@dhcs.ca.gov 로 이메일을 보내거나 (916) 713-8400으로 전화하세요.

섹션 A: 개인 정보			
1a. 성:	1b. 이름:	1c. 중간 이니셜:	2. 사회보장번호(선택 사항):
3a. 거주지 주소:	3b. 시:	3c. 카운티:	3d. 우편번호:
4. 낮 동안 연락할 전화번호:		5. 이메일 주소:	

섹션 B: 소득 확인	
6. 가족 총소득: _____	
7. 소득 데이터 출처를 나열하고 사본을 첨부하세요	
_____	_____
_____	_____
8. 가족 규모: _____	
귀하 자신을 포함하여 가족 소득에 의존하는 가족 구성원을 기재해 주세요.	
이름: _____	관계: _____

9. 고용 정보	
고용주 이름: _____	
주소: _____	시: _____ 우편번호: _____
고용주의 전화: _____	

섹션 C: 등록비 정보	
<p>등록비 상태 통지: GHPP가 귀하의 등록비 금액을 계산을 완료하면 서면 통지가 발송됩니다. 총 등록비는 등록비 계약서에 제공됩니다. 등록비 계약서에는 지불해야 할 금액과 두 가지 지불 옵션이 명시됩니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. GHPP로부터 통지를 받은 날로부터 60일 이내에 일시불로 지불, 또는 b. GHPP로부터 통지를 받은 날로부터 60일, 120일, 180일 이내에 2회 또는 3회 분할 납부. <p>서명된 계약에 따라 등록비를 지불하지 않으면 GHPP로부터 통지를 받은 날로부터 61일, 121일 또는 181일에 귀하의 사례가 종료됩니다.</p>	

섹션 D: 인증

아래의 각 진술을 읽고 이니셜을 표시해 주세요.

_____ 본인은 본인의 등록비(있는 경우)가, 본인이 신고한 소득을 기준으로 결정되며, 본인의 소득이 변동될 경우 등록비가 매년 변경될 수 있음을 이해합니다.

_____ 본인은 GHPP가 본인의 연간 등록비(있는 경우)를 결정하기 위해 필요할 수 있는 본인의 소득 및/또는 기타 상황을 확인할 수 있도록 허락합니다.

_____ 본인은 이 정보를 읽었거나 본인에게 읽어 주었으며, 그 내용을 이해했음을 증명합니다.

_____ 본인은 이 양식에 제공한 정보가 본인이 아는 한 사실이며 정확함을 증명합니다.

GHPP 신청자 또는 미성년자/아동의 부모/법정 후견인의 서명		미성년자/아동과의 관계:	날짜:
'X'로 서명하는 경우, 증인의 이름을 기입해 주세요:	증인과 GHPP 신청자의 관계:	증인 전화번호:	
증인 서명:			날짜:

캘리포니아 법은 서비스를 신청하는 가족에게 GHPP가 개인정보를 보호하는 방법에 대한 정보를 제공하도록 규정하고 있습니다. ¹개인 정보 보호를 위해:

- GHPP는 이 정보를 기밀로 유지해야 합니다.²
- GHPP는 귀하가 동의서에 서명한 경우에만 다른 건강 및 복지 프로그램의 승인된 직원과 이 양식에 있는 정보를 공유할 수 있습니다.

귀하는 귀하와 관련된 신청서 및 GHPP 기록을 열람할 권리가 있습니다. 이러한 기록을 열람하고자 하는 경우, GHPP에 (916) 713-8400로 문의하세요. 법에 따라, 귀하가 GHPP에 제공한 정보는 프로그램에 의해 보관됩니다³

¹. 이는 Civil Code, Section 1798.17

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

³. Section 123800 et seq. California Health and Safety Code에 따른 것임.

유전적 장애인 프로그램 신청서 작성 지침
초기/연간 소득 확인 양식

이 양식을 수기로 작성하는 경우, 신청서가 최대한 빨리 처리될 수 있도록 명확하게 기입해 주세요. 각 섹션을 완전히 작성해 주세요. 요청된 모든 정보를 제공하지 않으면, GHPP는 귀하의 신청서 처리를 진행할 수 없습니다. 이 양식을 작성하는 데 도움이 필요하면 GHPP에(916) 713-8400로 문의해 주세요. 신청서 작성을 완료한 후, GHPP 수신함 GHPPEligibility@dhcs.ca.gov 으로 이메일을 보내거나 Genetically Handicapped Persons Program MS 4507, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413으로 우편 발송해 주세요. 이 양식에 서명하고 날짜를 기입하는 것을 잊지 마세요.

섹션 A: 개인 정보

여기에는 이 양식을 처리하는 데 필요한 신원 정보 및 기타 정보가 포함됩니다.

- 1a. 성: 귀하의 성을 기입해 주세요. 신청서에 귀하의 캘리포니아 운전면허증 또는 캘리포니아 신분증 사본과 같은 신원 증명을 첨부해 주세요.
- 1b. 이름: 귀하의 이름을 기입해 주세요.
- 1c. 중간 이니셜: 중간 이름이 있는 경우 중간 이니셜을 기입해 주세요
2. 사회보장번호(선택 사항): 귀하의 9자리 사회보장번호를 기입해 주세요.
- 3c. 거주지 주소: 귀하의 거주지 도로 번호, 도로명, 그리고 아파트 번호를 기입해 주세요.
- 3d. 시: 귀하의 거주 시를 기입해 주세요.
- 3e. 카운티: 귀하의 거주 카운티를 기입해 주세요.
- 3f. 우편번호: 귀하의 거주지 우편번호를 기입해 주세요.
4. 낮 동안 연락할 전화번호: 귀하에게 연락할 수 있는 전화번호를 지역번호와 함께 기입해 주세요.
5. 이메일 주소: 귀하에게 연락할 수 있는 이메일 주소를 기입해 주세요.

섹션 B: 소득 확인

귀하의 등록비(있는 경우)는, 이 섹션에 제공한 정보를 기준으로 책정됩니다.

6. 가족 총소득: 달러 금액을 입력하세요 이 정보는 귀하의 세금 신고서 1040에서 확인할 수 있으며, 또한 귀하의 W-2 양식 및/또는 아래 7번 항목에 나열된 다른 문서를 사용할 수 있습니다. 귀하는 가족 소득에 의존하는 가족 구성원의 소득을 포함해야 합니다. 전년도 소득 금액을 사용하세요. 예시:
 - 귀하가 다른 사람의 세금 신고서에 포함되지 않고 본인의 소득이 있는 경우, 이 금액이 신고해야 하는 금액입니다.
 - 귀하가 결혼한 경우, 별도로 신고하더라도 귀하의 소득과 배우자의 소득을 모두 신고해야 합니다.
 - 귀하가 세금 신고서에 귀하를 신고하는 가족과 함께 거주하는 경우, 해당 가족의 소득 금액을 사용하고 해당 가족의 세금 신고서 사본을 제출해야 합니다.
 - 귀하는 룸메이트나 형제자매와 같은 가구원의 소득은 포함하지 않아도 됩니다.
7. 귀하가 신고해야 할 소득에 대해 궁금한 점이 있으면, GHPP에 문의해 주세요. 소득 데이터 출처를 나열하고 사본을 첨부해 주세요: 이는 항목 6에 기재된 금액을 계산하는 데 사용한 문서를 의미합니다. 귀하의 연방 세금 신고서 1040 사본과 가족 총소득을 계산하는 데 사용된 다음 문서 중 하나를 첨부해 주세요.
 - 사회보장 소득 명세서
 - 장애 소득 명세서
 - 양식 W-2
 - 급여 명세서
 - 기타(명시해 주세요)

8. **가족 규모:** 귀하 본인을 포함한 가족 구성원 수를 기입해 주세요. 가족 소득에 의존하는 귀하의 가구원을 기재해 주세요. 귀하의 등록비를 계산할 때 귀하의 가족 규모가 고려됩니다. 공간이 더 필요한 경우, 추가 시트를 첨부해 주세요.
9. **고용 정보:** 귀하의 고용주의 이름, 전화번호, 주소를 기재해 주세요.

섹션 C: 등록비 정보

귀하의 등록비와 관련된 중요한 정보를 이 섹션에서 읽어 주세요.

섹션 D: 인증

양식에 표시된 곳에 있는 진술을 읽고 이니셜을 표시해 주세요. 그런 다음 손으로 작성하는 경우 잉크로 서명하고 날짜를 기입하고, 전자 서명으로 작성하는 경우 디지털 서명을 사용해 주세요. 이름을 'X'로 서명하는 경우, 표시된 공간에 증인이 서명해야 합니다.

신청서 제출하기

작성된 양식을 DHCS 4000 B 후속양식 DHCS 4000 A (자격 결정을 위한 유전적 장애인 프로그램 신청서)과 함께 제출하고, 다음의 사본을 포함해 주세요:

- 사진이 부착된 신분증(캘리포니아 운전면허증(CDL), 캘리포니아 신분증(ID), 여권 또는 학생증)
- 캘리포니아 거주 증명(공과금 청구서, 임대차 계약서, 유권자 등록 등)
- 소득 증명(가장 최근 연도 1040 세금 신고서, SSI/EDD 명세서 등)
- (신규 신청자만 해당) GHPP 자격이 되는 질환을 뒷받침하는 특정 GHPP 자격 진단 및 유전자 검사 결과가 포함된 의료 기록

다음 주소로 이메일을 보내주세요 GHPPEligibility@dhcs.ca.gov 또는 다음 주소로 우편으로 보내주세요:
Genetically Handicapped Persons Program, MS 4507
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413

수집에 관한 개인정보 보호 고지

이 개인정보 보호 고지는 California Civil Code section 1798.17에 의해 요구됩니다. 이 양식의 목적은 유전적 장애인 프로그램(GHPP) 등록을 위한 정보를 수집하기 위한 것입니다. 이 양식에서 수집된 개인 및/또는 의료 정보는 기밀로 유지되며, 건강보험 이동성 및 책임법 개인정보 보호 규칙(45 C.F.R. 파트 160, 164), 정보 관행법(캘리포니아 민법 제1708조 이하), 보건서비스국 (당부서) 정책 및 주 정책에 의해 보호됩니다. 이 양식에서 수집되는 정보는 보건 및 안전법 섹션 125155, 125155.1, 125157, 125166, 125175, 125180 및 125185의 권한에 따라 당부서의 임상 보증과에서 수집하고 있습니다.

이 양식에서 요청하는 모든 정보는 달리 명시되지 않는 한 필수 항목입니다. 필수 정보를 제공하지 않으면, 당부서는 신청서를 불완전한 것으로 간주하여 귀하에게 반환할 것입니다. 당부서는 제공된 정보를 다음과 공유할 수 있습니다: (1) 정보 수집 목적과 일치하는 경우, 헌법상 또는 법률상 의무를 수행하기 위해 다른 주 정부 기관, (2) 주 또는 연방 법률에 따라 필요한 경우 지역, 주 또는 연방 정부 기관, 그리고(3) 건강보험 플랜과 공유할 수 있습니다. 이 양식에서 특별히 요청하는 정보 이외의 개인 정보나 의료 정보는 제공하지 마십시오.

대부분의 경우, 개인은 연방 및 주 정부 기록에 포함된 자신에 관한 정보를 열람할 권리가 있습니다. 당부서는 이 정보를 복제하는 데 드는 비용을 충당하기 위해 소액의 수수료를 부과할 수 있습니다. 당부서에서 관리하는 귀하의 개인정보가 포함된 기록에 대한 추가 정보 또는 열람을 원하시면 다음으로 문의하세요:

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

DHCS의 개인정보 보호정책 및 관행에 대한 종이 사본을 받기를 원하거나 개인정보 보호 관행과 관련하여 불만을 제기하려면, 우편, 이메일 또는 전화로 당부서의 데이터 프라이버시과에 문의할 수 있습니다:

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

개인 정보에 관한 보건서비스국의 정책은 당부서의 개인정보 보호 관행 고지 (<https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx>) 및 개인정보 보호 정책 성명서 (<https://www.dhcs.ca.gov/pages/privacy.aspx>)에서 온라인으로 확인할 수 있습니다.