

Solicitud para determinar la elegibilidad del Programa para personas con discapacidad genética

Consulte las instrucciones de las páginas 5, 6, 7 y 8 al completar este formulario. Por favor proporcione toda la información solicitada y devuelva este formulario al Programa para personas con discapacidad genética (GHPP). Por favor, escriba o imprima. No abrevie. Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, envíe un correo electrónico a GHPP a GHPPEligibility@dhcs.ca.gov llame al (916) 713-8400.

Sección A: Información personal				
1a. Apellido:		1b. Primer nombre:		1c. MI:
2. Otros nombres utilizados:			3. Número de Seguro Social (opcional):	
4a. Dirección residencial:	4b. Ciudad:		4c. Condado:	4d. Código postal:
5a. Dirección postal (si es diferente):	5b. Ciudad:		5c. Condado:	5d. Código postal:
6. Número de teléfono:	7. Dirección de correo electrónico:	8. Primer nombre y apellido de soltera de la madre:		9. Idioma
10. Fecha de nacimiento:	11a. Condado de nacimiento:	11b. Estado de nacimiento:	11c. País de nacimiento:	12. Género:
13. ¿Cuál es su condición elegible para GHPP?			14. Raza/Etnicidad:	
15a. Nombre del médico especialista en genética que trata su condición elegible para GHPP. Incluya el NPI si se conoce.				
15b. Dirección del médico especialista en genética:		15c. Ciudad		15d. Código postal:
15e. Número de teléfono:	16. Nombre de su centro de atención especial:			
17a. Nombre del médico de atención primaria que coordina su atención médica junto con su médico especialista en genética. Incluya el NPI si lo conoce:				
17b. Número de teléfono:	17c. Dirección:		17d. Ciudad:	17e. Código postal:
18. Información del apoderado/curador (si corresponde) Debe adjuntar documentación de respaldo.				
Nombre:		Cargo:		Número de teléfono:
Dirección:		Ciudad:		Código postal:

Sección B: Información sobre seguros de salud

19a. ¿Tiene usted Medi-Cal? Sí No

19b. Si responde “Sí”, ¿cuál es su número de tarjeta de identificación de beneficiario (BIC)? _____

20a. ¿Tiene usted Medicare? Sí No

20b. Si responde “Sí”, ¿cuál es su número de Medicare? _____

20c. Por favor marque todos los programas de Medicare en los que está inscrito:

Parte A Parte B Parte C Parte D

21a. ¿Tiene otro seguro de salud? Sí No

21b. En caso afirmativo, a través de: Su empleador Un miembro de la familia Beneficios de jubilación

21c. Nombre de su compañía de seguros: _____

21d. Tipo de plan: Proveedor Preferido (PPO) Organización para el mantenimiento de la salud
 Otro (especificar): _____

21e. Número de póliza: _____ 21f. Fecha de inicio de la cobertura: _____

21g. ¿Quién paga la póliza? Empleador Yo mismo Empleador y yo mismo
 Otro (especificar): _____

21h. Cuando sea rentable, el programa de Reembolso de Primas de Seguro Médico (HIPR) puede reembolsar el costo de su cobertura médica de terceros.

¿Está usted participando actualmente en el programa HIPR? Sí No

Si responde “Sí”, ¿le gustaría que el programa HIPR continúe reembolsándole? Sí No

Si actualmente no participa en el programa HIPR, ¿le gustaría recibir un reembolso por las primas de su cobertura de terceros? Sí No

21i. ¿Ha cambiado alguna información sobre su seguro desde la última presentación? Sí No
Si responde “Sí”, explique por qué: _____

Por favor adjunte una copia de la tarjeta de seguro. Para continuar su participación en el programa HIPR, envíe su solicitud de renovación de GHPP anualmente.

21j. Si su empleador le ofrece seguro médico y usted decide no participar en el plan de su empleador, seleccione el motivo a continuación:

La prima es demasiado cara.

Perdí mi trabajo, soy elegible para continuar mi cobertura bajo COBRA, y no pueden pagar la prima del seguro.

He alcanzado el límite de cobertura de por vida del seguro de mi empleador.

El médico que me brinda atención para mi condición no es parte de la red de proveedores de mi plan.

Otro (especificar): _____

21k. Durante los últimos seis meses a partir de la fecha de esta solicitud, ¿su empleador o usted mismo han cancelado el seguro médico de su empleador? Sí No

Si es "Sí", ¿en qué fecha se dio por finalizado? _____

Por favor, seleccione el motivo de la terminación a continuación:

- Mi empleador suspendió los beneficios de salud para todos los empleados y/o dependientes.
 Mi empleador suspendió los beneficios de salud para todos los empleados y/o dependientes.
 Un cambio en mi dirección a un código postal que no está cubierto por el seguro de salud de mi empleador.
 Muerte o separación legal/divorcio de la persona a través de la cual se proporcionó el seguro.
 He alcanzado el límite de cobertura de por vida del seguro de salud de mi empleador.
 Mi cobertura estaba bajo COBRA política y COBRA el período de cobertura ha finalizado.
 Otro (especificar): _____

22. ¿Tiene usted seguro dental? Sí No

Si responde "Sí", nombre del plan: _____

23. ¿Tiene usted seguro de visión? Sí No

Si responde "Sí", nombre del plan: _____

Sección C: Orientación sexual e identidad de género

Preguntas sobre orientación sexual e identidad de género para la implementación de Assembly Bill 959 Ley de Disparidades entre Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgénero (LGBT).

Assembly Bill 959 (una ley para agregar Section 8310.8 hacia Government Code, relativo a la recopilación de datos, Chapter 565, 2015), La Ley de Reducción de Disparidades para Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgénero requiere que el Departamento de Servicios de Atención Médica recopile información voluntaria sobre la orientación sexual y la identidad de género de los solicitantes. Complete el siguiente formulario para contarnos más sobre el género, la identidad de género, la expresión de género o la orientación sexual del solicitante.

24a. ¿Cuál fue su sexo asignado al nacer? (requerido)

- Femenino Masculino Transgénero

24b. ¿Cuál es su identidad de género? (opcional)

- Femenino Masculino Transgénero, de hombre a mujer Transgénero, de mujer a hombre
 No binario (ni masculino ni femenino) Otra identidad de género

24c. ¿Qué género aparece en su certificado de nacimiento? (opcional)

- Femenino Masculino

24d. ¿Se considera así? (opcional)

- Heterosexual Gay o lesbiana Bisexual Queer
 Otra orientación sexual Desconocido

Sección D: Certificación

Lea y coloque sus iniciales en cada afirmación a continuación. Su firma autoriza a GHPP a proceder con su solicitud.

- _____ Estoy presentando mi solicitud al GHPP para determinar mi elegibilidad para recibir servicios/beneficios. Entiendo que completar esta solicitud no garantiza mi aceptación en el GHPP.
- _____ Doy permiso para que el GHPP verifique mi residencia, información de salud, ingresos y/u otras circunstancias que puedan ser necesarias para determinar mi elegibilidad para el GHPP y el monto de la tarifa de inscripción. (si las hay).
- _____ Doy permiso para que el GHPP deje mensajes sobre mi participación en el GHPP en mi contestador automático/servicio telefónico designado.
- _____ Yo certifico que he leído esta información, o me la han leído, y que la entiendo.
- _____ Certifico que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

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

La ley de California exige que las familias que solicitan servicios reciban información sobre cómo el GHPP protege su privacidad.¹ Para proteger su privacidad:

- El GHPP debe mantener esta información confidencial.²
- El GHPP puede compartir información del formulario con personal autorizado de otros organismos de salud y bienestar.

Usted tiene derecho a ver su solicitud y los registros del GHPP que le conciernen. Si desea ver estos registros, comuníquese con el GHPP por correo electrónico a GHPPEligibility@dhcs.ca.gov llame al (916) 713-8400. [Por ley, la información que usted proporciona al GHPP queda guardada por el programa.](#)³

¹ Civil Code, Section 1798.17

² De acuerdo con Section 41670, Title 22, California Code of Regulations y el California Public Records Act (Government Code, Sections 6250-6288)

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

Instrucciones para completar la solicitud del Programa para personas con discapacidad genética para determinar la elegibilidad

Si completa este formulario a mano, escriba claramente en letra de imprenta para que su solicitud pueda procesarse lo más rápido posible. Complete cada sección completamente. Si no proporciona toda la información solicitada, el GHPP no podrá continuar con su solicitud. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el GHPP al (916) 713-8400. Una vez que la solicitud esté completa, envíela por correo electrónico al buzón de GHPP a GHPPEligibility@dhcs.ca.gov o envíe la solicitud por correo postal a Genetically Handicapped Persons Program MS 4507, P.O. Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413. Recuerde firmar y fechar este formulario.

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

- 1a. Apellido:** Escriba su apellido. Adjunte un comprobante de identidad a la solicitud, como una copia de su licencia de conducir de California o una tarjeta de identificación de California.
- 1b. Primer nombre:** Escriba su nombre.
- 1c. MI:** Si tiene un segundo nombre, escriba la inicial de su segundo nombre.
- 2. Otros nombres utilizados:** Si legalmente se le conoce por cualquier otro nombre, escriba el nombre o los nombres.
- 3. Número de Seguro Social (opcional):** Escriba su número de seguro social de nueve dígitos.
- 4a. Dirección residencial:** Escriba el número de la calle de su residencia, el nombre de la calle y, si corresponde, el número de apartamento. No utilice apartado postal en este espacio. Adjunte una copia de uno de los siguientes para demostrar prueba de residencia en California. Si no tiene uno de los siguientes elementos, por favor llame al GHPP para discutir elementos adicionales aceptables.
 - Factura actual de servicios públicos de California
 - Recibo de alquiler o hipoteca
 - Documento que demuestre empleo en California
 - Comprobante de registro para votar en California
 - Comprobante de inscripción en una escuela de California
 - Evidencia de haber recibido asistencia pública de California
- 4b. Ciudad:** Escriba su ciudad de residencia.
- 4c. Condado:** Escriba su condado de residencia.
- 4d. Código postal:** Escriba el código postal de residencia
- 5a. Dirección postal (si es diferente):** Escriba su dirección, número de calle, nombre de la calle y, si corresponde, el número de apartamento.
- 5b. Ciudad:** Escriba la ciudad de su dirección postal.
- 5c. Condado:** Escriba el condado de su dirección postal.
- 5d. Código postal:** Escriba el código postal de su dirección postal.
- 6. Número de teléfono:** Escriba el número de teléfono donde le podamos localizar durante el día, incluyendo el código de área.
- 7. Dirección de correo electrónico:** Escriba la dirección de correo electrónico donde podamos localizarle.
- 8. Primer nombre y apellido de soltera de la madre:** Escriba el primer nombre y apellido de soltera de su madre.
- 9. Idioma:** Escriba el nombre del idioma con el que se siente más cómodo comunicándose.
- 10. Fecha de nacimiento:** Escriba el mes, día y año de su nacimiento.
- 11a. Condado de nacimiento:** Escriba el condado en el que nació.
- 11b. Estado de nacimiento:** Escriba el estado en el que nació.
- 11a. País de nacimiento:** Escriba el país en el que nació si nació fuera de los Estados Unidos.

- 12. Género:** Complete su género (masculino o femenino) o consulte la Sección 3 para proporcionar más información sobre su género, identidad de género, expresión de género u orientación sexual.
- 13. ¿Cuál es su condición elegible para GHPP?** Escriba la condición que lo califica para el GHPP. La siguiente es una lista de condiciones elegibles para GHPP:

<ul style="list-style-type: none"> • Fibrosis quística • Ataxia de Friedreich • Deficiencia del factor de hemofilia (especifique el tipo de factor) • Enfermedad de Huntington • Enfermedad de José • Anemia drepanocítica • Talasemia mayor • Trombastenia 	<ul style="list-style-type: none"> • Trombocitopatía • De Hippel-Lindau • Enfermedad de von Willebrand • Enfermedad metabólica (p. ej., PKU, tirosinemia, aminoácidos de cadena ramificada, enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce, trastornos del ciclo de la urea, enfermedad de Wilson) • Otra enfermedad metabólica (especificar)
---	--

- 14. Raza/Etnicidad:** Escriba la categoría de la siguiente lista que mejor describa su raza/etniaprincipal.

<ul style="list-style-type: none"> • Nativo de Alaska • Amerasiático • Indio americano • Asiático • Indio asiático • Negro/afroamericano • Camboyano • Chino • Filipino • Guameño 	<ul style="list-style-type: none"> • Hawaiano • Hispano/Latino • Japonés • Coreano • Laosiano • Samoano • Vietnamita • Blanco • Otro
---	---

- 15a. Nombre del médicoespecialista en genética que trata su condición elegible para GHPP. Incluya el NPI si lo conoce:** Escriba el nombre del médico que brinda atención de seguimiento para su condición elegible para GHPP.
- 15b. Dirección del médico especialista en genética:** Escriba el número de calle y el nombre de la calle del médico especialista en genética.
- 15c. Ciudad:** Escriba la ciudad del médico especialista en genética.
- 15d. Código postal:** Escriba el código postal del médico especialista en genética.
- 15e. Número de teléfono:** Escriba el número de teléfono del médico especialista en genética, incluyendo el código de área.
- 16. Nombre de su centro de atención especial:** Escriba el nombre de su Centro de Atención Especial, si tiene uno.
- 17a. Nombre del médico de atención primaria que coordina su atención médica junto con su médico especialista en genética. Incluya el NPI si lo conoce:** Escriba el nombre de su médico de atención primaria.
- 17b. Número de teléfono:** Escriba el número de teléfono de su médico de atención primaria.
- 17c. Dirección:** Escriba el número y el nombre de la calle de su médico de atención primaria.
- 17d. Ciudad:** Escriba la ciudad de su médico de atención primaria.
- 17e. Código postal:** Escriba el código postal de su médico de atención primaria.

- 18. Información del apoderado/curador:** Si ha designado legalmente a alguien para que actúe como su apoderado para la atención médica, o si se ha designado un curador para usted, escriba el nombre, el título (es decir, apoderado o curador), el número de teléfono, la dirección (número de calle y nombre), la ciudad y el código postal de esta persona. Debe adjuntar documentación que demuestre la autoridad legal de esta persona para actuar en su nombre si desea que pueda comunicarse con el GHPP sobre su atención médica.

Sección B: Información del seguro médico: El GHPP se considera el pagador de último recurso. En otras palabras, el GHPP pagará su atención médica necesaria solo después de que se haya pagado cualquier otra cobertura médica que pueda tener.

- 19a. ¿Tiene usted Medi-Cal?** Seleccione la respuesta correcta (Sí o No).
- 19b. Si responde “Sí”, ¿cuál es su número de tarjeta de identificación de beneficiario (BIC)?** Escriba el número de Medi-Cal que se encuentra en el frente de su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC).
- 20a. ¿Tiene usted Medicare?** Seleccione la respuesta correcta (Sí o No).
- 20b. Si responde “Sí”, ¿cuál es su número de Medicare?** Escriba su número de identificación de Medicare.
- 20c. Por favor marque todos los programas de Medicare en los que está inscrito:** Marque todas las opciones que correspondan (Partes A, B, C, y/o D).
- 21a. ¿Tiene otro seguro de salud?** Marque la respuesta correcta (Sí o No).
- 21b. En caso afirmativo, a través de:** Seleccione la fuente de su seguro, ya sea a través de su empleador, a través de un miembro de su familia, o a través de sus beneficios de jubilación.
- 21c. Nombre de su compañía de seguros:** Escriba el nombre completo de su compañía de seguros (es decir, Kaiser Permanente, Blue Cross of California, etc.) Adjunte una copia del anverso y el reverso de su tarjeta de seguro.
- 21d. Tipo de plan:** Seleccione la respuesta que coincida con el tipo de plan que tiene - Proveedor preferido PPO, Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) u otro. Si es otro, especifíquelo en el campo provisto.
- 21e. Número de póliza:** Escriba su número de póliza de seguro.
- 21f. Fecha de inicio de la cobertura:** Escriba la fecha de inicio de su cobertura de seguro.
- 21g. ¿Quién paga la póliza?** Seleccione la respuesta que indique quién paga su póliza de seguro: su empleador, usted mismo, tanto su empleador como usted, u otro. Si selecciona “Otro”, especifíquelo en el campo provisto.
- 21h. Cuando sea rentable, el programa HIPR puede reembolsarle el costo de su seguro de terceros. cobertura de salud. ¿Está usted participando actualmente en el programa HIPR? Seleccione la respuesta correcta (Sí o No).**
- Si responde “Sí”, ¿le gustaría que el programa HIPR continúe reembolsándole?** Seleccione la respuesta correcta (Sí o No).
- Si actualmente no participa en el programa HIPR, ¿le gustaría recibir un reembolso por las primas de su cobertura de terceros?** Seleccione la respuesta correcta (Sí o No)
- 21i. 21i. ¿Ha cambiado alguna información sobre su seguro desde la última presentación?** Seleccione la respuesta correcta (Si o No).
- Si responde “Sí”, explique por qué:** En el campo, escriba una explicación de por qué su información de seguro ha cambiado desde la última vez que presentó una solicitud de GHPP. Debe adjuntar copia de su tarjeta de seguro. Debe renovar su inscripción en el GHPP para continuar participando en el programa HIPR.
- 21j. 21j. Si su empleador le proporciona seguro médico y usted decide no participar en el plan de su empleador, seleccione el motivo a continuación:** Seleccione la respuesta que explique por qué decide no participar. Si selecciona “Otro”, explique en el campo provisto.

21k. Durante los últimos seis meses a partir de la fecha de esta solicitud, ¿su empleador o usted mismo han cancelado el seguro médico de su empleador? Seleccione la respuesta correcta (Sí o No).

Si es “Sí”, ¿en qué fecha se dio por finalizado? En caso afirmativo, escriba la fecha en que se terminó el seguro y seleccione el motivo por el cual se terminó. Si selecciona “Otro” como motivo de la cancelación, especifique el motivo en el campo provisto.

22. ¿Tiene usted seguro dental? Seleccione la respuesta correcta (Sí o No).

Si responde “Sí”, nombre del plan: Escriba el nombre del plan dental.

23. ¿Tiene usted seguro de visión? Seleccione la respuesta correcta (Sí o No)

Si responde “Sí”, nombre del plan: Escriba el nombre del plan de visión.

Sección 3: Orientación sexual e identidad de género.

24a. ¿Cuál fue su sexo asignado al nacer? (requerido): Seleccione la respuesta correcta. Esta pregunta es requerida.

24b. ¿Cuál es su identidad de género? (opcional): Seleccione la respuesta correcta. No está obligado a responder a esta pregunta.

24c. ¿Qué género figura en su certificado de nacimiento? (opcional): Seleccione la respuesta correcta. No está obligado a responder a esta pregunta.

24d. ¿Se considera como? (opcional): Seleccione la respuesta correcta. No está obligado a responder a esta pregunta.

Sección 4: Certificación.

Lea y coloque sus iniciales en las declaraciones donde se indica en el formulario. Luego firme y feche con tinta, si escribe a mano, o con firma digital si completa el formulario electrónicamente. Si firma su nombre con una “X”, debe haber un testigo que firme en el espacio indicado.

Enviar su solicitud.

Envíe el formulario completado DHCS 4000 A junto con el formulario sucesivo DHCS 4000 B (Verificación de Ingresos Inicial/Anual del Programa de Personas con Discapacidad Genética) e incluya copias de:

- Identificación con fotografía (licencia de conducir de California (CDL), identificación de California (ID), pasaporte o identificación de estudiante)
- Comprobante de residencia en CA (factura de servicios públicos, contrato de arrendamiento, registro de votante, etc.)
- Comprobante de ingresos (formularios de impuestos 1040 del año más reciente, SSI/EDD declaración, etc.)
- (SOLO NUEVAS SOLICITUDES) Registros médicos con diagnóstico específico elegible para GHPP y resultados de pruebas de laboratorio genéticas que respalden su condición elegible para GHPP

Enviar por correo electrónico a GHPPEligibility@dhcs.ca.gov o por correo postal

a: Genetically Handicapped Persons Program, MS 4507

P.O. Box 997413

Sacramento, CA 95899-7413

Verificación de ingresos iniciales/anuales del Programa para personas con discapacidad genética

Consulte las instrucciones en las páginas 11 y 12 al completar este formulario. El Programa de Personas Genéticamente Discapacitadas (GHPP) requiere la siguiente información para determinar el monto de su tarifa de inscripción, si corresponde. Su tarifa de inscripción se basa en el ingreso bruto familiar del año calendario anterior. Su información de ingresos se revisa anualmente y, por lo tanto, su tarifa de inscripción puede cambiar de un año a otro.

Proporcione toda la información solicitada y devuelva este formulario al GHPP. Por favor, escriba o imprima. No abrevie. Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, envíe un correo electrónico a GHPP a GHPPEligibility@dhcs.ca.gov o llame al (916) 713-8400.

Sección A: Información personal

1a. Apellido:	1b. Primer nombre:	1c. MI:	2. Número de Seguro Social (opcional):	
3a. Dirección residencial:	3b. Ciudad:	3c. Condado:		3d. Código postal:
4. Número de teléfono diurno:		5. Dirección de correo electrónico:		

Sección B: Verificación de ingresos

6. Ingresos Brutos Familiares: _____
7. Enumere las fuentes de datos de ingresos y adjunte copias

8. Tamaño de la familia: _____

Enumere los miembros de la familia, incluido usted mismo, que dependen del ingreso familiar.

Nombre: _____	Parentesco: _____

9. Información de empleo

Nombre de su empleador: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono del empleador: _____

Sección C: Información sobre la tarifa de inscripción

Notificación del estado de la tarifa de inscripción:

Cuando el GHPP haya calculado el monto de su tarifa de inscripción, le enviará una notificación por escrito. La tarifa de inscripción total se proporcionará en un Acuerdo de tarifa de inscripción. El Acuerdo de Tarifa de Inscripción especificará el monto adeudado y dos opciones de pago:

- a . Una suma global que deberá abonarse a más tardar el día ⁶⁰ a partir de la fecha de notificación del GHPP,
- o
- b . Dos o tres pagos que vencen a más tardar los días ⁶⁰, ¹²⁰ y ¹⁸⁰ a partir de la fecha de notificación del GHPP.

La falta de pago de la cuota de inscripción de acuerdo al acuerdo firmado dará lugar al cierre de su caso el día 61, 121 o 181 a partir de la fecha de notificación del GHPP.

Sección D: Certificación

Lea y coloque sus iniciales en cada afirmación a continuación.

- Entiendo que mi tarifa de inscripción, si corresponde, se basará en mis ingresos declarados y que mi tarifa de inscripción puede cambiar anualmente si mis ingresos cambian.
- Doy mi permiso para que el GHPP verifique mis ingresos y/u otras circunstancias que puedan requerirse para determinar mi cuota de inscripción anual, si corresponde.
- Certifico que he leído esta información, o me la han leído, y que la entiendo.
- Certifico que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

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

La ley de California requiere que las familias que solicitan servicios reciban información sobre cómo el GHPP protege su privacidad. ¹ Para proteger su privacidad:

- El GHPP debe mantener esta información confidencial. ²
- El GHPP puede compartir información del formulario con personal autorizado de otros programas de salud y bienestar solo cuando usted haya firmado un formulario de consentimiento.

Usted tiene derecho a ver su solicitud y los registros del GHPP que le conciernen. Si desea ver estos registros, comuníquese con el GHPP al (916) 713-8400. Por ley, la información que usted proporciona al GHPP es conservada por el programa. ³

¹ Civil Code, Section 1798.17

² De acuerdo con Section 41670, Title 22, California Code of Regulations y el California Public Records Act (Government Code, Sections 6250-6255)

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

Instrucciones para completar el Programa para personas con discapacidad genética
Formulario de verificación de ingresos iniciales/anuales

Si completa este formulario a mano, escriba claramente en letra de imprenta para que su solicitud pueda procesarse lo más rápido posible. Complete cada sección completamente. Si no proporciona toda la información solicitada, el GHPP no podrá continuar con su solicitud. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el GHPP al (916) 713-8400. Una vez que la solicitud esté completa, envíela por correo electrónico al buzón de GHPP a GHPPEligibility@dhcs.ca.gov o envíe la solicitud por correo postal a Genetically Handicapped Persons Program MS 4507, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. Recuerde firmar y fechar este formulario.

Sección A: Información personal

Esto incluye información de identificación y otra información necesaria para procesar este formulario.

- 1a. **Apellido:** Escriba su apellido. Adjunte un comprobante de identidad a la solicitud, como una copia de su licencia de conducir de California o una tarjeta de identificación de California.
- 1b. **Primer nombre:** Escriba su nombre.
- 1c. **MI:** Si tiene un segundo nombre, escriba la inicial de su segundo nombre.
2. **Número de Seguro Social (opcional):** Escriba su número de seguro social de nueve dígitos.
- 3c. **Dirección residencial:** Escriba el número de la calle de su residencia, el nombre de la calle y el número de apartamento.
- 3d. **Ciudad:** Escriba su ciudad de residencia.
- 3e. **Condado:** Escriba su condado de residencia.
- 3f. **Código postal:** Escriba su código postal de residencia.
4. **Número de teléfono diurno:** Escriba el número de teléfono donde podamos localizarle, incluyendo el código de área.
5. **Dirección de correo electrónico:** Escriba la dirección de correo electrónico donde podamos localizarle.

Sección B: Verificación de ingresos

Su tarifa de inscripción, si corresponde, se basará en la información que proporcione en esta sección.

6. **Ingresos Brutos Familiares:** Introduzca el importe en dólares. Esta es información que se encuentra en sus formularios de impuestos 1040 y también puede utilizar sus formularios W-2 y/u otros documentos enumerados a continuación en el Punto 7. Debe incluir los ingresos de los miembros de su familia que dependen del ingreso familiar. Utilice el monto de ingresos del año anterior. Ejemplos:
 - Si no figura en las declaraciones de impuestos de otras personas y obtiene sus propios ingresos, esta es la cantidad que debe declarar.
 - Si está casado, debe declarar tanto sus ingresos como los ingresos de su cónyuge, incluso si presentan declaraciones por separado.
 - Si vive con un miembro de la familia que lo reclama en sus declaraciones de impuestos, debe utilizar el monto de sus ingresos y proporcionar copias de sus declaraciones de impuestos.
 - **No es** necesario incluir los ingresos de los miembros de su hogar, como compañeros de habitación o hermanos.
7. Si tiene preguntas sobre qué ingresos debe declarar, comuníquese con el GHPP. **Enumere las fuentes de datos de ingresos y adjunte copias:** Esto significa el(los) documento(s) que utilizó para calcular el monto indicado en el Punto 6. Adjunte una copia de su Formulario de Impuesto Federal 1040 y cualquiera de los siguientes documentos utilizados para calcular el ingreso bruto familiar.
 - Declaración de ingresos de la seguridad social
 - Declaración de ingresos por discapacidad
 - Formularios W-2
 - Talones de pago
 - Otro (especificar)

- 8. Tamaño de la familia:** Escriba el número de miembros de la familia, incluido usted mismo. Enumere los miembros de su hogar que dependen del ingreso familiar. El tamaño de su familia se tiene en cuenta al calcular su tarifa de inscripción. Adjunte una hoja adicional si necesita más espacio.
- 9. Información de empleo:** Incluya el nombre, el número de teléfono y la dirección de su empleador.

Sección C: Información sobre la tarifa de inscripción

Por favor lea la información importante en esta sección sobre su tarifa de inscripción.

Sección D: Certificación

Lea y coloque sus iniciales en las declaraciones donde se indica en el formulario. Luego firme y feche con tinta, si escribe a mano, o usando una firma digital si completa el formulario electrónicamente. Si firma su nombre con una "X", debe haber un testigo que firme en el espacio indicado.

Enviar su solicitud

Envíe el formulario completado DHCS 4000 B junto con el formulario precedente DHCS 4000 A (Solicitud del Programa de Personas con Discapacidad Genética para Determinar Elegibilidad) e incluya copias de:

- Identificación con fotografía (licencia de conducir de California (CDL), identificación de California (ID), pasaporte o identificación de estudiante)
- Comprobante de residencia en CA (factura de servicios públicos, contrato de arrendamiento, registro de votante, etc.)
- Comprobante de ingresos (formularios de impuestos 1040 del año más reciente, SSI/EDD declaración, etc.)
- (SOLO NUEVAS SOLICITUDES) Registros médicos con diagnóstico específico elegible para GHPP y resultados de pruebas de laboratorio genéticas que respalden su condición elegible para GHPP

Enviar por correo electrónico a GHPPEligibility@dhcs.ca.gov o por correo postal a:
Genetically Handicapped Persons Program, MS 4507
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413

Aviso de privacidad sobre la recopilación de datos

Este aviso de privacidad es requerido por California Civil Code section 1798.17 . El propósito de este formulario es recopilar información para la inscripción en el Programa para personas con discapacidad genética (GHPP). La información personal y/o médica recopilada en este formulario es confidencial y está protegida por la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (45 CFR Partes 160, 164), la Ley de Prácticas de Información (California Civ. Código, § 1798 y siguientes), Departamento de Servicios de Atención Médica Política (departamental) y política estatal. La información contenida en este formulario está siendo recopilada por el División de Aseguramiento Clínico del Departamento por autoridad de Salud & Secciones del Código de Seguridad 125155, 125155.1, 125157, 125166, 125175, 125180 y 125185.

Toda la información solicitada en este formulario es obligatoria a menos que se indique lo contrario. Si no proporciona la información requerida, el Departamento le devolverá su formulario de solicitud por estar incompleto. El Departamento podrá compartir la información proporcionada con: (1) otras agencias estatales para llevar a cabo sus deberes constitucionales o estatutarios cuando el uso sea compatible con un propósito para el cual se recopiló la información, (2) entidades gubernamentales locales, estatales o federales si así lo exige la ley estatal o federal, y (3) planes de salud. Por favor, no proporcione ninguna información personal o médica que no sea la información que se solicita específicamente en este formulario.

En la mayoría de los casos, las personas tienen derecho a acceder a la información sobre ellas que se encuentra en los registros federales y estatales. El Departamento podrá cobrar una pequeña tarifa para cubrir el costo de duplicar esta información. Para obtener más información o acceder a los registros que contienen su información personal mantenidos por el Departamento, comuníquese con los siguientes:

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

Si desea obtener una copia impresa de la política y prácticas de privacidad del DHCS, o desea presentar una queja sobre las prácticas de privacidad, puede comunicarse con la Unidad de Privacidad de Datos del Departamento por correo postal, correo electrónico o teléfono:

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

Las políticas del Departamento de Servicios de Atención Médica con respecto a la información personal están disponibles en línea en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento. (<https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx>) y la Declaración de política de privacidad (<https://www.dhcs.ca.gov/pages/privacy.aspx>) .