

Genetically Handicapped Persons Program Application para Matukoy ang Kwalipikasyon

Sumangguni sa mga instruksyon sa pahina 5, 6, 7, at 8 habang kinukumpleto ang form na ito. Mangyaring ibigay ang lahat ng impormasyong hiniling at ibalik ang form na ito sa Genetically Handicapped Persons Program (GHPP, Programa para sa mga Indibidwal na may Henetikong Kapansanan). Mangyaring i-type o ilimbag Mangyaring huwag itong paikliin. Kung mayroon kang anumang mga katanungan sa pagkumpleto ng form na ito, mag-email sa GHPP sa GHPPEligibility@dhcs.ca.gov o tumawag (916) 713-8400.

Seksyon A: Personal na Impormasyon				
1a. Apelyido:		1b. Unang Pangalan:		1c. Gitnang Inisyal:
2. Iba pang (mga) Pangalang Ginamit:			3. Numero ng Social Security (opsyonal):	
4a. Residensyal na Address:	4b. Lungsod:		4c. County:	4d. Zip Code:
5a. Address na Pangkoreo (kung naiiba):	5b. Lungsod:		5c. County:	5d. Zip Code:
6. Numero ng Telepono:	7. Email Address:		8. Pangalan at Apelyido ng Ina Bago Ikinasal	9. Wika
10. Petsa ng Kapanganakan:	11a. County ng Kapanganakan:	11b. Estado ng Kapanganakan:	11c. Bansa ng Kapanganakan:	12. Kasarian:
13. Ano ang iyong kondisyon na karapat-dapat sa GHPP?			14. Lahi/Etnisidad:	
15a. Pangalan ng Genetic Physician Specialist na gumagamot sa iyong kondisyon na karapat-dapat sa GHPP. Isama ang NPI kung alam.				
15b. Address ng Genetic Physician Specialist:		15c. Lungsod		15d. Zip Code:
15e. Numero ng Telepono:	16. Pangalan ng iyong Pasilidad ng Special Care Center:			
17a. Pangalan ng Pangunahing Doktor ng Pangangalaga na nagbibigay ng koordinasyon ng iyong pangangalagang pangkalusugan kasama ang iyong manggagamot na Genetic Specialist. Isama ang NPI kung alam:				
17b. Numero ng Telepono:	17c. Address:		17d. Lungsod:	17e. Zip Code:
18. Power of Attorney/Impormasyon ng Conservator (kung naaangkop) Kailangan mong maglakip ng sumusuportang dokumentasyon.				
Pangalan:		Titulo:		Numero ng Telepono:
Address:		Lungsod:		Zip Code:

Seksyon B: Impormasyon sa Insurance sa Kalusugan

19a. Mayroon ka bang Medi-Cal? ☐ Oo ☐ Hindi

19b. Kung "Oo", ano ang numero ng iyong Beneficiary I.D. Card (BIC)? _____

20a. Mayroon ka bang Medicare? ☐ Oo ☐ Hindi

20b. Kung "Oo", ano ang numero ng iyong Medicare? _____

20c. Mangyaring lagyan ng tsek ang lahat ng Programa ng Medicare kung saan ka naka-enroll:

☐ Part A ☐ Part B ☐ Part C ☐ Part D

21a. Mayroon ka bang Iba pang Insurance sa Kalusugan? ☐ Oo ☐ Hindi

21b. Kung "Oo", sa pamamagitan ng: ☐ Ang iyong employer ☐ Isang miyembro ng pamilya ☐ Mga benepisyo sa pagreretiro

21c. Pangalan ng iyong kompanya ng insurance: _____

21d. Uri ng plano: ☐ Preferred Provider (PPO) ☐ Health Maintenance Organization (Organisasyon sa Pagpapanatili ng Kalusugan)

☐ Iba pa (Tukuyin): _____

21e. Numero ng polisa: _____ 21f. Petsa ng pagsisimula ng coverage: _____

21g. Sino ang nagbabayad sa polisa? ☐ Employer ☐ Sarili ☐ Employer at sarili

☐ Iba pa (Tukuyin): _____

21 h. Kapag epektibo sa gastos, maaaring i-reimburse sa programa ng Health Insurance Premium Reimbursement (HIPR) ang halaga ng iyong ikatlong partidong coverage sa kalusugan.

Kasalukuyan ka bang nakikilahok sa programa ng HIPR? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung "Oo", gusto mo bang ipagpatuloy ng programa ng HIPR ang pagbabayad sa iyo? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung hindi ka kasalukuyang kalahok sa programang HIPR, gusto mo ba ng reimbursement para sa iyong mga ikatlong partidong premium sa coverage? ☐ Oo ☐ Hindi

21i. Nagbago ba ang alinman sa impormasyon ng iyong insurance mula noong huling pag-file? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung "Oo", ipaliwanag kung bakit: _____

Mangyaring ilakip ang kopya ng insurance card. Upang maipagpatuloy ang iyong paglahok sa programa ng HIPR, isumite ang iyong aplikasyon sa pag-renew ng GHPP kada taon.

21j. Kung nagbibigay ng health insurance ang iyong employer at pinili mong hindi lumahok sa plano ng iyong employer, mangyaring piliin ang dahilan sa ibaba:

☐ Masyadong mahal ang premium.

☐ Nawalan ako ng trabaho, karapat-dapat akong ipagpatuloy ang aking coverage sa ilalim ng COBRA, at hindi ko kayang bayaran ang insurance premium.

☐ Naabot ko na ang panghabang-buhay na limitasyon sa coverage ng insurance ng aking employer.

☐ Ang doktor na nagbibigay ng pangangalaga para sa aking kondisyon ay hindi bahagi ng network ng provider ng aking plano.

☐ Iba pa (Tukuyin): _____

21k. Sa nakaraang anim na buwan mula sa petsa ng aplikasyong ito, winakasan mo ba o ng iyong employer ang health insurance ng iyong employer? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung "Oo", anong petsa ito winakasan? _____

Mangyaring piliin ang dahilan ng pagwawakas sa ibaba:

- ☐ Itinigil ng aking employer ang mga benepisyong pangkalusugan sa lahat ng empleyado at/o dependent.
- ☐ Itinigil ng aking employer ang mga benepisyong pangkalusugan sa lahat ng empleyado at/o dependent.
- ☐ Isang pagbabago sa aking address sa isang ZIP code na hindi saklaw ng health insurance ng aking employer.
- ☐ Pagkamatay ng, o legal na paghihiwalay/diborsiyo ng indibidwal kung kanino ibinigay ang insurance.
- ☐ Naabot ko na ang panghabang-buhay na limitasyon sa coverage ng health insurance ng aking employer.
- ☐ Ang aking coverage ay nasa ilalim ng polisa ng COBRA, at ang panahon ng coverage ng COBRA ay natapos na.
- ☐ Iba pa (Tukuyin): _____

22. Mayroon ka bang insurance para sa ngipin? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung "Oo", pangalan ng plano: _____

23. Mayroon ka bang insurance para sa paningin? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung "Oo", pangalan ng plano: _____

Seksyon C: Oryentasyong Sekswal at Pagkakakilanlan ng Kasarian

Mga tanong tungkol sa oryentasyong sekswal at pagkakakilanlan ng kasarian para sa pagpapatupad ng Assembly Bill 959, Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Disparities Act.

Assembly Bill 959 (isang kilos na idaragdag Section 8310.8 sa Government Code, na nauugnay sa pangongolekta ng data, Chapter 565, 2015), Lesbian, Gay, Bisexual, at Transgender Disparities Reduction Act ay inaatasan ang Department of Health Care Services na mangolekta ng boluntaryong impormasyon tungkol sa oryentasyong sekswal at pagkakakilanlang pangkasarian ng mga aplikante. Mangyaring punan sa ibaba upang sabihin pa sa amin ang tungkol sa kasarian, pagkakakilanlan ng kasarian, pagpapahayag ng kasarian o oryentasyong sekswal ng aplikante.

24a. Anong kasarian ang itinalaga sa iyo noong isinilang? (kailangang sagutin)

- ☐ Babae ☐ Lalaki ☐ Transgender

24b. Ano ang pagkakakilanlan ng iyong kasarian? (opsyonal)

- ☐ Babae ☐ Lalaki ☐ Transgender, lalaki hanggang babae ☐ Transgender, babae hanggang lalaki
- ☐ Non-Binary (wala sa alinman kung lalaki o babae) ☐ Iba pang pagkakakilanlan ng kasarian

24c. Anong kasarian ang nakalista sa iyong sertipiko ng kapanganakan? (opsyonal)

- ☐ Babae ☐ Lalaki

24d. Iniisip mo ba ang iyong sarili bilang? (opsyonal)

- ☐ Straight o heterosekswal ☐ Gay o Lesbian ☐ Bisexual ☐ Queer
- ☐ Iba pang sekswal na oryentasyon ☐ Hindi alam

Seksyon D: Sertipikasyon

Basahin at lagyan ng inisyal ang bawat pahayag sa ibaba. Ang iyong lagda ay nagpapahintulot sa GHPP na magpatuloy sa iyong aplikasyon.

- _____ Nag-a-apply ako sa GHPP upang matukoy ang aking pagiging karapat-dapat para sa mga serbisyo/mga benepisyo. Nauunawaan ko na ang pagkumpleto ng aplikasyon na ito ay hindi naggagarantiya ng pagkakatanggap sa akin GHPP.
- _____ Binibigyan ko ng pahintulot ang GHPP na i-verify ang aking tirahan, impormasyon sa kalusugan, kita, at/o iba pang mga kalagayan na maaaring kailanganin upang matukoy ang aking pagiging karapat-dapat sa GHPP at halaga ng singil sa pag-enroll (kung mayroon man).
- _____ Binibigyan ko ng pahintulot ang GHPP na mag-iwan ng mga mensahe tungkol sa aking paglahok sa GHPP sa aking itinalagang answering machine/serbisyo ng telepono.
- _____ I pinatutunayan ko na nabasa ko ang impormasyong ito, o ipinabasa ko ito sa akin, at nauunawaan ko ito.
- _____ Pinatutunayan ko na ang impormasyong ibinigay ko sa form na ito ay totoo at tama sa abot ng aking kaalaman.

Lagda ng aplikante ng GHPP o magulang/legal na tagapag-alaga ng menor de edad/anak		Kaugnayan sa menor de edad/bata:	Petsa:
Kung lalagda gamit ang "X", ilimbag ang pangalan ng saksi:	Kaugnayan ng saksi sa aplikante ng GHPP:	Numero ng telepono ng saksi:	
Lagda ng Saksi:			Petsa:

Ang batas ng California ay nag-aatas na ang mga pamilyang nag-a-apply para sa mga serbisyo ay mabigyan ng impormasyon sa kung paano pinoprotektahan ng GHPP ang kanilang pagkapribado.¹ Upang protektahan ang iyong pagkapribado:

- Dapat panatilihin kumpidensyal ng GHPP ang impormasyong ito.²
- Maaaring magbahagi ang GHPP ng impormasyon sa form sa mga awtorisadong kawani mula sa ibang kalusugan at kapakanan.

May karapatan kang makita ang iyong aplikasyon at mga rekord ng GHPP tungkol sa iyo. Kung nais mong makita ang mga rekord ito, makipag-ugnayan sa GHPP sa pamamagitan ng email sa GHPPeligibility@dhcs.ca.gov o tumawag (916) 713-8400. Ayon sa batas, ang impormasyong ibibigay mo sa GHPP ay iniingatan ng programa.³

¹. Civil Code, Section 1798.17

². Alinsunod sa Section 41670, Title 22, California Code of Regulations at sa California Public Records Act (Government Code, Sections 6250-6288)

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

Mga Instruksyon para sa Pagkumpleto ng Aplikasyon para sa Programa para sa mga Indibidwal na may Henetikong Kapansanan upang Malaman ang Pagiging Karapat-dapat

Kung kinukumpleto ang form na ito nang sulat-kamay, mangyaring maglimbag nang malinaw upang ang iyong aplikasyon ay maproseso sa lalong madaling panahon. Punan nang buo ang bawat seksyon. Kung hindi mo ibibigay ang lahat ng hinihiling na impormasyon, hindi makakapagpatuloy ang GHPP sa iyong aplikasyon. Kung kailangan mo ng tulong sa pagkumpleto ng form na ito, mangyaring makipag-ugnayan sa GHPP sa (916) 713-8400. Kapag nakumpleto na ang aplikasyon, i-email ito sa inbox ng GHPP sa GHPPEligibility@dhcs.ca.gov o ipadala ang aplikasyon sa Genetically Handicapped Persons Program MS 4507, P.O. Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413. Mangyaring huwag kalimutang lagdaan at lagyan ng petsa ang form na ito.

Seksyon A: Personal na impormasyon: Kabilang dito ang pagtukoy at iba pang impormasyong kailangan upang maproseso ang form na ito.

- 1a. Apelyido:** Isulat ang iyong apelyido. Maglakip ng patunay ng pagkakakilanlan sa aplikasyon, tulad ng kopya ng iyong lisensya sa pagmamaneho sa California o card ng pagkakakilanlan ng California.
- 1b. Unang Pangalan:** Isulat ang iyong pangalan.
- 1c. GITNANG INISYAL:** Kung mayroon kang gitnang pangalan, isulat ang iyong gitnang inisyal
- 2. Iba pang (mga) Pangalang Ginamit:** Kung legal kang kilala sa ibang pangalan, isulat ang (mga) pangalan.
- 3. Numero ng Social Security (opsyonal):** Isulat sa iyong siyam na digit na Social Security Number.
- 4a. Residensyal na Address:** Isulat ang numero ng kalye ng iyong tirahan, pangalan ng kalye, at, kung naaangkop, numero ng apartment. Huwag gumamit ng PO box sa espasyong ito. Maglakip ng kopya ng isa sa mga sumusunod upang ipakita ang patunay ng paninirahan sa California. Kung wala ka ng isa sa mga sumusunod na item, mangyaring tawagan ang GHPP upang talakayin ang mga karagdagang katanggap-tanggap na item.
 - Kasalukuyang singil sa utility ng California
 - Renta o resibo ng mortgage
 - Dokumentong nagpapakita ng trabaho sa California
 - Katibayan ng pagpaparehistro para bumoto sa California
 - Katibayan ng pag-enroll sa isang paaralan sa California
 - Katibayan ng pagtanggap ng pampublikong tulong ng California
- 4b. Lungsod:** Isulat ang lungsod na iyong tinitirahan.
- 4c. County:** Isulat ang county na iyong tinitirahan.
- 4d. ZIP Code:** Isulat ang Zip Code ng paninirahan
- 5a. Address na Pangkoreo (kung naiiba):** Isulat ang iyong address na pangkoreo, numero ng kalye, pangalan ng kalye, at, kung naaangkop, numero ng apartment
- 5b. Lungsod:** Isulat ang lungsod ng iyong address na pangkoreo.
- 5c. County:** Isulat ang county ng iyong address na pangkoreo.
- 5d. ZIP Code:** Isulat ang Zip Code ng iyong address na pangkoreo.
- 6. Numero ng Telepono:** Isulat ang numero ng telepono kung saan ka matatawagan sa araw, kabilang ang area code.
- 7. Email Address:** Isulat ang email address kung saan ka maaaring makontak.
- 8. Pangalan at Apelyido ng Ina Bago Ikinasal** Isulat ang pangalan at apelyido ng iyong ina bago ikinasal.
- 9. Wika:** Isulat ang pangalan ng wika na pinakakomportable kang makipag-usap.
- 10. Petsa ng Kapanganakan:** Isulat ang buwan, araw, at taon ng iyong kapanganakan.
- 11a. County ng Kapanganakan:** Isulat ang county kung saan ka ipinanganak.
- 11b. Estado ng Kapanganakan:** Isulat ang estado kung saan ka ipinanganak.
- 11a. Bansa ng Kapanganakan:** Isulat ang bansa kung saan ka ipinanganak kung ipinanganak ka sa labas ng Estados Unidos.

- 12. Kasarian:** Punan ng iyong kasarian (lalaki o babae), o tingnan ang Seksyon 3 upang magbigay ng higit pang impormasyon tungkol sa iyong kasarian, pagkakakilanlan ng kasarian, pagpapahayag ng kasarian o oryentasyong sekswal.
- 13. Ano ang iyong kondisyon na karapat-dapat sa GHPP?** Isulat ang kundisyon kung saan ka kwalipikado para sa GHPP. Ang sumusunod ay listahan ng mga kondisyong karapat-dapat sa GHPP:

• Cystic Fibrosis • Friedreich's Ataxia • Hemophilia Factor Deficiency (mangyaring tukuyin ang factor type) • Huntington's Disease • Joseph's Disease • Sickle Cell Disease • Thalassemia Major • Thrombasthenia	• Thrombocytopathia • Von Hippel-Lindau • Sakit ni Von Willebrand • Metabolic Disease (hal., PKU, Tyrosinemia, branch chain amino acid, Maple Syrup Urine Disease, mga urea cycle disorder, Wilson's Disease) • Iba pang metabolic disease (mangyaring tukuyin)
---	---

- 14. Lahi/Etnisidad:** Isulat ang kategorya mula sa sumusunod na listahan na pinakamahusay na naglalarawan sa iyong pangunahing lahi/etnisidad.

• Katutubo ng Alaska • Amerasian • Amerikanong Indian • Asyano • Asyanong Indian • Itim/Aprikano-Amerikano • Cambodian • Intsik • Filipino • Guamanian	• Hawaiian • Hispaniko/Latino • Hapon • Koreano • Laotian • Samoan • Vietnamese • Puti • Iba pa
---	---

- 15a. Pangalan ng Genetic Physician Specialist na gumagamot sa iyong kondisyon na karapat-dapat sa GHPP. Isama ang NPI kung alam:** Isulat ang pangalan ng doktor na nagbibigay ng follow-up na pangangalaga para sa iyong kondisyon na karapat-dapat sa GHPP.
- 15b. Address ng Genetic Physician Specialist:** Isulat ang numero ng kalye at pangalan ng kalye ng Genetic Physician Specialist
- 15c. Lungsod:** Isulat ang lungsod ng Genetic Physician Specialist.
- 15d. Zip Code:** Isulat ang zip code ng Genetic Physician Specialist.
- 15e. Numero ng Telepono:** Isulat ang numero ng telepono ng Genetic Physician Specialist, kasama ang area code.
- 16. Pangalan ng iyong Pasilidad ng Special Care Center:** Isulat ang pangalan ng iyong Special Care Center, kung mayroon ka nito.
- 17q. Pangalan ng Pangunahing Doktor ng Pangangalaga na nagbibigay ng koordinasyon ng iyong pangangalagang pangkalusugan kasama ang iyong manggagamot na Genetic Specialist. Isama ang NPI kung alam:** Isulat ang pangalan ng iyong Pangunahing Doktor ng Pangangalaga.
- 17r. Numero ng Telepono:** Isulat ang numero ng telepono ng iyong Pangunahing Doktor ng Pangangalaga.
- 17s. Address:** Isulat ang numero ng kalye at pangalan ng kalye ng iyong Pangunahing Doktor ng Pangangalaga.
- 17t. Lungsod:** Isulat ang lungsod ng iyong Pangunahing Doktor ng Pangangalaga.
- 17u. Zip Code:** Isulat ang zip code ng iyong Pangunahing Doktor ng Pangangalaga.

- 18. Impormasyon ng Power of Attorney/Impormasyon ng Conservator:** Kung legal kang nagtalaga ng isang tao na kumilos bilang iyong Power of Attorney para sa pangangalagang pangkalusugan, o kung may itinalagang conservator para sa iyo, mangyaring isulat ang pangalan, titulo (ibig sabihin, Power of Attorney o Conservator), numero ng telepono, address (numero at pangalan ng kalye), lungsod, at zip code para sa indibidwal na ito. Dapat kang maglakip ng dokumentasyon ng legal na pag-aawtorisa ng taong ito upang kumilos para sa iyo kung nais mong makipag-ugnayan siya sa GHPP tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan.

Seksyon B: Impormasyon sa Insurance sa Kalusugan: Ang GHPP ay itinuturing na pinakahuling tagapagbayad. Sa madaling salita, babayaran lamang ng GHPP ang iyong pangangalagang pangkalusugan na medikal na kinakailangan pagkatapos mabayaran ang anumang iba pang saklaw sa kalusugan na maaaring nabayaran mo.

- 19a. Mayroon ka bang Medi-Cal?** Piliin ang tamang sagot (Oo o Hindi).
- 19b. Kung "Oo", ano ang numero ng iyong Beneficiary I.D. Card (BIC)?** Isulat ang numero ng Medi-Cal na matatagpuan sa harap ng iyong Beneficiary ID Card (BIC).
- 20a. Mayroon ka bang Medicare?** Piliin ang tamang sagot (Oo o Hindi).
- 20b. Kung "Oo", ano ang numero ng iyong Medicare?** Isulat ang iyong numero ng Medicare I.D.
- 20c. Mangyaring lagyan ng tsek ang lahat ng Programa ng Medicare kung saan ka naka-enroll:** Lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop (Mga Part A, B, C, at/o D).
- 21a. Mayroon ka bang Iba pang Insurance sa Kalusugan?** Suriin ang tamang sagot (Oo o Hindi).
- 21b. Kung "Oo", sa pamamagitan ng:** Piliin ang pinagmumulan ng iyong insurance, alinman sa pamamagitan ng iyong employer, sa pamamagitan ng isang miyembro ng pamilya, o sa pamamagitan ng iyong mga benepisyo sa pagreretiro
- 21c. Pangalan ng iyong kompanya ng insurance:** Isulat ang buong pangalan ng iyong kompanya ng insurance (ibig sabihin, Kaiser Permanente, Blue Cross ng California, atbp.) Ilakip ang kopya ng parehong harap at likod ng iyong insurance card.
- 21d. Uri ng Plano:** Piliin ang sagot na tumutugma sa uri ng plano na mayroon ka - Preferred Provider PPO, Health Maintenance Organization (HMO), o Iba pa. Kung iba, tukuyin sa ibinigay na field.
- 21e. Numero ng polisa:** Isulat ang numero ng iyong insurance policy.
- 21f. Petsa ng pagsisimula ng coverage:** Isulat ang petsa ng pagsisimula ng coverage ng iyong insurance
- 21g. Sino ang nagbabayad sa polisa?** Piliin ang sagot na nagsasaad kung sino ang nagbabayad ng polisa ng iyong seguro-alinman sa iyong employer, iyong sarili, iyong employer at iyong sarili, o iba pa. Kung pipiliin mo ang "Iba pa", tukuyin sa ibinigay na field.
- 21h. Kapag epektibo sa gastos, maaaring i-reimburse sa programa ng HIPR ang halaga ng iyong ikatlong partidong coverage sa kalusugan. Kasalukuyan ka bang nakikilahok sa programa ng HIPR?** Piliin ang tamang sagot (Oo o Hindi).
Kung "Oo", gusto mo bang ipagpatuloy ng programa ng HIPR ang pagbabayad sa iyo? Piliin ang tamang sagot (Oo o Hindi).
Kung hindi ka kasalukuyang kalahok sa programang HIPR, gusto mo ba ng reimbursement para sa iyong mga ikatlong partidong premium sa coverage? Piliin ang tamang sagot (Oo o Hindi)
- 21i. Nagbago ba ang alinman sa impormasyon ng iyong insurance mula noong huling pag-file?** Piliin ang tamang sagot (Oo o Hindi).
Kung "Oo", ipaliwanag kung bakit: Sa field, isulat ng paliwanag kung bakit nagbago ang impormasyon ng iyong insurance mula noong huling pag-file ng aplikasyon sa GHPP. Dapat kang maglakip ng kopya ng iyong insurance card. Kailangan mong i-renew ang iyong pag-enroll sa GHPP upang maipagpatuloy ang pakikibahagi sa programa ng HIPR.
- 21j. 21j. Kung nagbibigay ng health insurance ang iyong employer at pinili mong hindi lumahok sa plano ng iyong Employer, mangyaring piliin ang dahilan sa ibaba:** Piliin ang sagot na nagpapaliwanag kung bakit pinili mong huwag lumahok. Kung pipiliin mo ang "Iba pa", ipaliwanag sa ibinigay na field.

21k. Sa nakaraang anim na buwan mula sa petsa ng aplikasyong ito, winakasan mo ba o ng iyong employer ang health insurance ng iyong employer? Piliin ang tamang sagot (Oo o Hindi).

Kung "Oo", anong petsa ito winakasan? Kung oo, isulat ang petsa na winakasan ang insurance, at piliin ang dahilan kung bakit ito winakasan. Kung pipiliin mo ang "Iba pa" bilang dahilan kung bakit ito winakasan, tukuyin kung bakit sa ibinigay na field.

22. Mayroon ka bang insurance para sa ngipin? Piliin ang tamang sagot (Oo o Hindi).

Kung "Oo", pangalan ng plano: Isulat sa pangalan ng dental plan.

23. Mayroon ka bang insurance para sa paningin? Piliin ang tamang sagot (Oo o Hindi)

Kung "Oo", pangalan ng plano: Isulat sa pangalan ng vision plan.

Seksyon 3: Oryentasyong Sekswal at Pagkakakilanlan ng Kasarian.

24a. Anong kasarian ang itinalaga sa iyo noong isinilang? (kailangang sagutin): Piliin ang tamang sagot. Kailangang sagutin ang tanong na ito.

24b. Ano ang pagkakakilanlan ng iyong kasarian? (opsyonal): Piliin ang tamang sagot. Hindi mo kailangang sagutin ang mga tanong na ito.

24c. Anong kasarian ang nakalista sa iyong sertipiko ng kapanganakan? (opsyonal): Piliin ang tamang sagot. Hindi mo kailangang sagutin ang mga tanong na ito.

24d. Inisip mo ba ang iyong sarili bilang? (opsyonal): Piliin ang tamang sagot. Hindi mo kailangang sagutin ang mga tanong na ito.

Seksyon 4: Sertipikasyon.

Basahin at lagyan ng inisyal ang mga pahayag kung saan nakasaad sa form. pagkatapos ay lagdaan at lagyan ng petsa gamit ang bolpen na may tinta, kung sulat-kamay, o sa pamamagitan ng paggamit ng digital na lagda kung pinupunan sa elektronikong paraan. Kung lalagdaan mo ng iyong pangalan gamit ang "X", dapat ay mayroon kang lagda ng saksi sa tinukoy na espasyo.

Pagsusumite ng iyong aplikasyon.

Ipadala ang nakumpletong form DHCS 4000 A kasama ang kasunod na form DHCS 4000 B (Una/Taunang Beripikasyon ng Kita para sa mga Indibidwal na may Henetikong Kapansanan) at isama ang mga kopya ng:

- ID na may Litrato (Lisensya sa Pagmamaneho sa California (CDL), ID sa California (ID), Pasaporte, o ID ng Estudyante)
- Katibayan ng paninirahan sa CA (utility bill, kasunduan sa pag-upa, pagpaparehistro ng botante, atbp.)
- Katibayan ng Kita (1040 mga form ng buwis, SSI/EDD pahayag, atbp., sa pinakahuling taon)
- (MGA BAGONG APLIKASYON LAMANG) Mga medikal na rekord na may partikular na diagnosis na karapat-dapat sa GHPP at mga resulta ng pagsusuri sa laboratoryo na sumusuporta sa iyong kondisyong karapat-dapat sa GHPP

Ipadala sa pamamagitan ng email sa GHPPEligibility@dhcs.ca.gov o sa pamamagitan ng koreo sa: Genetically Handicapped Persons Program, MS 4507
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413

Inisyal/Taunang Pag-verify ng Kita ng Genetically Handicapped Persons Program

Sumangguni sa mga instruksyon sa pahina 11 at 12 kapag kinukumpleto ang form na ito. ang sumusunod na impormasyon ay kinakailangan sa Genetically Handicapped Persons Program (GHPP) upang matukoy ang halaga ng singil sa iyo sa pag-enroll, kung mayroon man. Ang iyong singil sa pag-enroll ay nakabatay sa kabuuang kita ng iyong pamilya para sa nakaraang taon sa kalendaryo. Ang iyong impormasyon sa kita ay sinusuri taon-taon, at samakatuwid ang iyong bayad sa pag-enroll ay maaaring magbago taon-taon.

Mangyaring ibigay ang lahat ng hiniling na impormasyon at ibalik ang form na ito sa GHPP. Mangyaring i-type o ilimbag Mangyaring huwag itong paikliin. Kung mayroon kang anumang mga katanungan sa pagkumpleto ng form na ito, mag-email sa GHPP sa GHPPEligibility@dhcs.ca.gov o tumawag sa (916) 713-8400.

Seksyon A: Personal na Impormasyon			
1a. Apelyido:	1b. Unang Pangalan:	1c. Gitnang Inisyal:	2. Numero ng Social Security (opsyonal):
3a. Residensyal na Address:	3b. Lungsod:	3c. County:	3d. Zip Code:
4. Numero ng Telepono sa Araw:		5. Email Address:	
Seksyon B: Pagpapatunay ng Kita			
6. Kabuuang Kita ng Pamilya: _____			
7. Maglista ng (mga) pinagmumulan ng data ng kita at ilakip ang mga kopya:			
8. Laki ng Pamilya: _____			
Ilista ang mga miyembro ng pamilya, kasama ang iyong sarili na umaasa sa kita ng pamilya.			
Pangalan: _____	Kaugnayan: _____		
Pangalan: _____	Kaugnayan: _____		
Pangalan: _____	Kaugnayan: _____		
Pangalan: _____	Kaugnayan: _____		
Pangalan: _____	Kaugnayan: _____		
Seksyon C: Impormasyon sa Singil sa Pag-enroll			
Paunawa ng status ng singil sa pag-enroll:			
Kapag nakalkula na ng GHPP ang halaga ng singil sa iyo sa pag-enroll, papadalhan ka ng nakasulat na paunawa. Ang kabuuang singil sa pag-enroll ay isasaad sa Kasunduan sa Singil sa Pag-enroll. Tutukuyin ng Kasunduan sa Singil sa Pag-enroll ang halagang dapat bayaran at dalawang opsyon sa pagbabayad:			
a. Isang lump sum na babayaran nang hindi lalampas sa ika-60 araw mula sa petsa ng paunawa mula sa GHPP, o b. Dalawa o tatlong pagbabayad na dapat bayaran nang hindi lalampas sa ika-60, ika-120, at ika-180 araw mula sa petsa ng paunawa mula sa GHPP.			
Ang hindi pagbabayad ng singil sa pag-enroll ayon sa nilagdaang kasunduan ay magresulta sa pagsasara ng iyong kaso sa ika-61, ika-121, o ika-181 araw mula sa petsa ng paunawa mula sa GHPP.			

Seksyon D: Sertipikasyon

Basahin at lagyan ng inisyal ang bawat pahayag sa ibaba.

_____ Nauunawaan ko na ang aking bayad sa pag-enroll, kung mayroon man, ay ibabatay sa aking nakasaad na kita at na ang aking bayad sa pag-enroll ay maaaring magbago taon-taon kung ang aking kita ay magbabago.

_____ Ibinibigay ko ang aking pahintulot sa GHPP na i-verify ang aking kita, at/o iba pang mga kalagayan na maaaring kailanganin upang matukoy ang aking taunang singil sa pag-enroll, kung mayroon man.

_____ Pinatutunayan ko na nabasa ko ang impormasyong ito, o ipinabasa ko ito sa akin, at nauunawaan ko ito.

_____ Pinatutunayan ko na ang impormasyong ibinigay ko sa form na ito ay totoo at tama sa abot ng aking kaalaman.

Lagda ng aplikante ng GHPP o magulang/legal na tagapag-alaga ng menor de edad/anak	Kaugnayan sa menor de edad/bata:	Petsa:
Kung lalagda gamit ang "X", ilimbag ang pangalan ng saksi:	Kaugnayan ng saksi sa aplikante ng GHPP:	Numero ng telepono ng saksi:
Lagda ng Saksi:		Petsa:

Ang batas ng California ay nag-aatas na ang mga pamilyang nag-a-apply para sa mga serbisyo ay mabigyan ng impormasyon sa kung paano pinoprotektahan ng GHPP ang kanilang pagkapribado.. ¹Upang protektahan ang iyong pagkapribado:

- Dapat panatilihin kumpidensyal ng GHPP ang impormasyong ito.²
- Maaari lamang magbahagi ang GHPP ng impormasyon sa form sa mga awtorisadong kawani mula sa iba pang mga programang pangkalusugan at kapakanan kapag lumagda ka sa isang form ng pahintulot.

May karapatan kang makita ang iyong aplikasyon at mga rekord ng GHPP tungkol sa iyo. Kung nais mong makita ang mga rekord na ito makipag-ugnayan sa GHPP sa (916) 713-8400. Ayon sa batas, ang impormasyong ibibigay mo sa GHPP ay iniingatan ng programa.³

¹. Civil Code, Section 1798.17

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

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

**Mga Instruksyon para sa Pagkumpleto ng Form ng Una/Taunang Pagberipika ng Kita para sa Aplikasyon para sa
Programa para sa mga Indibidwal na may Henetikong Kapansanan
Inisyal/Taunang Form ng Pag-verify ng Kita**

Kung kinukumpleto ang form na ito nang sulat-kamay, mangyaring maglimbag nang malinaw upang ang iyong aplikasyon ay maproseso sa lalong madaling panahon. Punan nang buo ang bawat seksyon. Kung hindi mo ibibigay ang lahat ng hinihiling na impormasyon na hiniling, hindi makakapagpatuloy ang GHPP sa iyong aplikasyon. Kung kailangan mo ng tulong sa pagkumpleto ng form na ito, mangyaring makipag-ugnayan sa GHPP sa (916) 713-8400. Kapag nakumpleto na ang aplikasyon, i-email ito sa inbox ng GHPP sa GHPPEligibility@dhcs.ca.gov o ipadala ang aplikasyon sa Genetically Handicapped Persons Program MS 4507, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. Mangyaring huwag kalimutang lagdaan at lagyan ng petsa ang form na ito.

Seksyon A: Personal na Impormasyon

Kabilang dito ang pagtukoy na impormasyon at iba pang impormasyong kailangan upang maproseso ang form na ito.

- 1a. Apelyido:** Isulat ang iyong apelyido. Maglakip ng patunay ng pagkakakilanlan sa aplikasyon, tulad ng kopya ng iyong lisensya sa pagmamaneho sa California o card ng pagkakakilanlan ng California.
- 1b. Unang Pangalan:** Isulat ang iyong pangalan.
- 1c. GITNANG INISYAL:** Kung mayroon kang gitnang pangalan, isulat ang iyong gitnang inisyal
- 2. Numero ng Social Security (Opsyonal):** Isulat ang iyong siyam na digit na Social Security Number.
- 3c. Residensyal na Address:** Isulat ang numero ng kalye ng iyong tirahan, pangalan ng kalye, at numero ng apartment.
- 3d. Lungsod:** Isulat ang lungsod na iyong tinitirahan.
- 3e. County:** Isulat ang county na iyong tinitirahan.
- 3f. Zip Code:** Isulat ang zip code ng iyong tirahan.
- 4. Numero ng Telepono sa Araw:** Isulat ang numero ng telepono kung saan ka matatawagan, kasama ang area code.
- 5. Email Address:** Isulat ang email address kung saan ka maaaring makontak.

Seksyon B: Pagpapatunay ng Kita

Ang iyong singil sa pag-enroll, kung mayroon man, ay ibabatay sa impormasyong ibibigay mo sa seksyong ito.

- 6. Kabuuang Kita ng Pamilya:** Ilagay ang halaga ng dolyar. Ito ay impormasyong makikita sa iyong mga form ng buwis 1040 at maaari mo ring gamitin ang iyong mga form W-2 at/o iba pang mga dokumentong nakalista sa ibaba sa Item 7. Dapat mong isama ang kita mula sa mga miyembro ng iyong pamilya na umaasa sa kita ng pamilya. Gamitin ang halaga ng kita mula sa nakaraang taon. Mga Halimbawa:
 - Kung hindi ka na-claim sa mga tax return ng iba at kumikita ka ng sarili mong kita, ito ang halagang dapat mong iulat.
 - Kung ikaw ay may asawa, dapat mong iulat ang iyong kita at ang kita ng iyong asawa, kahit na mag-file kayo nang hiwalay.
 - Kung nakatira ka kasama ang isang miyembro ng pamilya na nag-claim sa iyo sa kanyang mga tax return, dapat mong gamitin ang kanyang halaga ng kita at magbigay ng mga kopya ng kanyang mga tax return.
 - **Hindi mo kailangang** isama ang kita mula sa mga miyembro ng iyong sambahayan tulad ng mga roommate o kapatid.
- 7.** Kung mayroon kang mga katanungan tungkol sa kung anong kita ang dapat ireport, mangyaring makipag-ugnayan sa GHPP. **Maglista ng (mga) pinagmumulan ng data ng kita at ilakip ang mga kopya:** Nangangahulugan ito na (mga) dokumentong ginamit mo upang kalkulahin ang halagang nakalista sa Item 6. Maglakip ng kopya ng iyong Pederal na Tax Form 1040 at alinman sa mga sumusunod na dokumentong ginamit upang kalkulahin ang kabuuang kita ng iyong pamilya.
 - Pahayag ng kita sa Social Security
 - Pahayag ng kita sa kapansanan
 - Mga Form W-2
 - Mga katibayan ng sahod
 - Iba pa (mangyaring tukuyin)

8. **Laki ng pamilya:** Isulat ang bilang ng mga miyembro ng pamilya, kabilang ang iyong sarili. Ilista ang mga miyembro ng iyong sambahayan na umaasa sa kita ng pamilya. Isinasaalang-alang ang laki ng iyong pamilya kapag kinakalkula ang iyong bayad sa pag-enroll. Maglakip ng karagdagang papel kung kailangan ng karagdagang espasyo.
9. **Impormasyon sa trabaho** Ilista ang pangalan, numero ng telepono, at address ng iyong employer.

Seksyon C: Impormasyon sa Singil sa Pag-enroll

Mangyaring basahin ang mahalagang impormasyon sa seksyong ito tungkol sa iyong singil sa pag-enroll.

Seksyon D: Sertipikasyon

Basahin at lagyan ng inisyal ang mga pahayag kung saan nakasaad sa form. Pagkatapos ay lagdaan at lagyan ng petsa gamit ang bolpen na may tinta, kung sulat-kamay, o sa pamamagitan ng paggamit ng digital na lagda kung pinupunan sa elektronikong paraan. Kung lalagdaan mo ng iyong pangalan gamit ang "X", dapat ay mayroon kang lagda ng saksi sa tinukoy na espasyo.

Pagsusumite ng iyong aplikasyon

Ipadala ang nakumpletong form DHCS 4000 B kasama ang naunang form DHCS 4000 A (Aplikasyon upang Malaman ang Pagiging Karapat-dapat sa Programa para sa mga Indibidwal na may Henetikong Kapansanan) at isama ang mga kopya ng:

- ID na may Litrato (Lisensya sa Pagmamaneho sa California (CDL), ID sa California (ID), Pasaporte, o ID ng Estudyante)
- Katibayan ng paninirahan sa CA (utility bill, kasunduan sa pag-upa, pagpaparehistro ng botante, atbp.)
- Katibayan ng Kita (1040 mga form ng buwis, SSI/EDD pahayag, atbp., sa pinakahuling taon)
- (MGA BAGONG APLIKASYON LAMANG) Mga medikal na rekord na may partikular na diagnosis na karapat-dapat sa GHPP at mga resulta ng pagsusuri sa laboratoryo na sumusuporta sa iyong kondisyong karapat-dapat sa GHPP

Ipadala sa pamamagitan ng email sa GHPPEligibility@dhcs.ca.gov o sa pamamagitan ng koreo sa:
Genetically Handicapped Persons Program, MS 4507
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413

Paunawa sa Pagkapribado Hinggil sa Pangongolekta

Ang paunawa sa pagkapribado na ito ay kinakailangan ng California Civil Code section 1798.17. Ang layunin ng form na ito ay upang mangolekta ng impormasyon para sa pag-enroll sa Genetically Handicapped Persons Program (GHPP, Programa para sa mga Indibidwal na may Henetikong Kapansanan). Ang personal at/o medikal na impormasyon na nakolekta sa form na ito ay kumpidensyal at pinoprotektahan ng Health Insurance Portability and Accountability Act Privacy Rule (45 CFR Parts 160, 164), Information Practices Act (California Civ. Code, § 1798 et seq.), patakaran ng Department of Health Care Services (Department) policy, at patakaran ng estado. Ang impormasyon sa form na ito ay kinokolekta ng Clinical Assurance Division ng Departamento sa pamamagitan ng awtoridad ng Health & Safety Code mga Seksyon 125155, 125155.1, 125157, 125166, 125175, 125180, at 125185.

Ang lahat ng impormasyong hinihiling sa form na ito ay kinakailangan maliban kung iba ang nakasaad. Kung hindi mo ibibigay ang kinakailangang impormasyon, ibabalik ng Departamento ang iyong application form sa iyo bilang hindi kumpleto. Maaaring ibahagi ng Departamento ang ibinigay na impormasyon sa: (1) ibang mga ahensya ng estado na gampanan ang mga tungkulin nito sa konstitusyon o ayon sa batas kung saan ang paggamit ay tugma sa isang layunin kung saan ang impormasyon ay nakolekta, (2) mga entidad ng lokal, estado, o pederal na pamahalaan kung kinakailangan ng batas ng estado o pederal, at (3) mga planong pangkalusugan. Mangyaring huwag magbigay ng anumang personal o medikal na impormasyon maliban sa impormasyong partikular na hinihiling sa form na ito.

Sa karamihan ng mga kaso, ang mga indibidwal ay may karapatang mag-access ng impormasyon tungkol sa kanila na nasa mga rekord ng pederal na pamahalaan at estado. Maaaring maningil ng maliit na bayad ang Departamento upang mabayaran ang gastos sa pagdoble ng impormasyong ito. Para sa karagdagang impormasyon o pag-access sa mga rekord na naglalaman ng iyong personal na impormasyong pinananatili ng Departamento, makipag-ugnayan sa sumusunod:

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

Kung nais mong makakuha ng papel na kopya ng patakaran at kasanayan sa pagkapribado ng DHCS, o nais mong magsampa ng reklamo tungkol sa mga kasanayan sa pagkapribado, maaari kang makipag-ugnayan sa Data Privacy Unit ng Departamento sa pamamagitan ng koreo, email, o telepono:

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

Ang mga patakaran ng Department of Health Care Services hinggil sa personal na impormasyon ay makukuha online sa Paunawa ng mga Kasanayan sa Pagkapribado ng Kagawaran (<https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx>) at Pahayag ng Patakaran sa Pagkapribado (<https://www.dhcs.ca.gov/pages/privacy.aspx>).