

FORMULARIO PARA NUEVOS REFERIDOS AL GENETICALLY HANDICAPPED PERSONS  
PROGRAM (GHPP)

Para referir a una persona para su consideración para ingresar al programa, por favor, complete este formulario y envíelo por fax al (916) 440-5318 o por correo electrónico a [GHPPEligibility@dhcs.ca.gov](mailto:GHPPEligibility@dhcs.ca.gov) junto con toda documentación pertinente. El equipo del Programa revisará la solicitud y se pondrá en contacto con la persona según su elegibilidad. Para inscribirse, cada persona debe completar y enviar un formulario GHPP [DHCS 4000 A/B](#).

Información Personal del Cliente

Apellido:		Primer nombre:		Inicial del segundo nombre:	
DOB:	Género:	Número de Seguridad Social (opcional):	Lugar de nacimiento (ciudad, condado, estado/país)		
Dirección residencial:					
Dirección postal (si es diferente):					
Número de teléfono:			Correo electrónico:		
Condición de Elegibilidad al GHPP:					

Información de Seguro del Cliente

Número de Medi-Cal (si aplica):		Número de Medicare (si aplica):			
Otra Cobertura de Salud (si aplica): Médica:	Visión:		Dental:		

Persona/Agencia Referente

Nombre de la Persona/Agencia Referente:	Número de teléfono:	Número de Fax:
---	---------------------	----------------

Por favor, revise los documentos adjuntos (si están disponibles) al formulario:

- Último reporte anual del Centro de Cuidados Especiales
- Resultado de la prueba de ADN u otra prueba que confirma la condición de elegibilidad para el GHPP
- Información sobre cirugías/transplantes programados

Si el cliente es menor de 21 años, debe completar la siguiente sección un representante de California Children's Services (CCS)

Condado:		Número de CCS del Niño:	
Nombre del Representante del Condado:	Teléfono del Representante:	Fax del Representante:	
Nombre del Centro de Cuidados Especiales del Niño:			

#### Aviso de Privacidad sobre la Recolección

La sección 1798.17. del Código Civil de California exige la inclusión de este aviso de privacidad. El propósito de este formulario es recopilar información para la inscripción al Genetically Handicapped Persons Program (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 de Seguro Médico (HIPAA, 45 C.F.R. Partes 160, 164), la Ley de Prácticas de Información (Código Civil de California, § 1798 y siguientes), la política del Departamento de Servicios de Salud (el Departamento), y la política estatal. La recopilación de la información contenida en este formulario está a cargo de la División de Aseguramiento Clínico del Departamento, bajo la autoridad de las Secciones 125155, 125155.1, 125157, 125166, 125175, 125180 y 125185 del Código de Salud y Seguridad.

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 el formulario de solicitud como incompleto. El Departamento puede compartir la información proporcionada con: (1) otras agencias estatales para cumplir con sus funciones regulatorias o legales cuando el uso sea compatible con el propósito para el cual se recopiló la información, (2) entidades gubernamentales locales, estatales o federales si lo requiere la ley estatal o federal, y (3) planes de salud. Por favor, no proporcione ninguna información personal o médica que no sea solicitada 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 registros federales y estatales. El Departamento podría cobrar una pequeña tarifa para cubrir los gastos de duplicar esta información. Para más información o para obtener acceso a los registros que contienen su información personal mantenidos por el Departamento, póngase en contacto con:

Técnico de Oficina  
DHCS/CADPO Box 997419  
Sacramento, CA. 95899  
Telephone: (916) 552-9100

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

Oficina de Privacidad  
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 Salud vinculadas 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 en la Declaración de Política de Privacidad (<https://www.dhcs.ca.gov/pages/privacy.aspx>).