

**BAGONG REFERRAL FORM PARA SA GENETICALLY HANDICAPPED PERSONS
PROGRAM (GHPP)**

Upang mag-refer ng indibidwal para masaalang-alang sa programa, pakikumpleto ang form na ito at ipadala sa amin sa pamamagitan ng fax sa (916) 440-5318 o i-email sa GHPPEligibility@dhcs.ca.gov kasama ang anumang karagdagang sumusuportang dokumentasyon. Susuriin ito ng kawani ng programa at kokontakin ang indibidwal tungkol sa pagiging karapat-dapat. Upang mag-enroll, dapat hiwalay na kumpletuhin at isumite ng indibidwal ang GHPP form [DHCS 4000 A/B](#).

Personal na Impormasyon ng Kliyente

Apelyido:		Pangalan:		Gitnang Inisyal:
Petsa ng Kapanganakan:	Kasarian:	Social Security Number (opsyonal):	Lugar ng kapanganakan (lungsod, county, estado/bansa)	
Address na Tinitirhan:				
Address na Pagpapadalhan (kung iba):				
Numero ng Telepono:		Email Address:		
Kondisyon sa Pagiging Kwalipikado sa GHP:				

Impormasyon ng Insurance ng Kliyente

Medi-Cal ID Number (kung naaangkop):		Medicare ID Number (kung naaangkop):	
Iba Pang Pagsaklaw ng Kalusugan (kung naaangkop) Medikal:	Panangin:	Dental:	

Nagre-refer na Indibidwal/Ahensya

Pangalan ng Nagre-refer na Indibidwal/Ahensya:	Numero ng Telepono:	Numero ng Fax:
--	---------------------	----------------

Pakilagyan ng tsek ang mga karagdagang dokumento (kung mayroon) na isasama sa referral na ito:

- ☐ Pinakamakailan na taunang ulat ng Special Care Center
 - ☐ Resulta ng pagsusuri ng DNA o iba pang test na nagkukumpirma ng kondisyon sa pagiging kwalipikado sa GHPP
 - ☐ Impormasyon tungkol sa mga paparating na operasyon/transplant
-

Kukumpletuhin ng tagapagtaguyod ng California Children's Services (CCS) ang nasa ibaba kung wala pang 21 taong gulang ang kliyente.

County:		Numero ng CCS ng Bata:	
Pangalan ng Tagapagtaguyod ng County:	Telepono ng Tagapagtaguyod:	Fax ng Tagapagtaguyod:	
Pangalan ng Special Care Center ng Bata:			

Abiso sa Privacy kaugnay ng Pangongolekta

Ang abiso sa privacy ay kinakailangan ng California Civil Code section 1798.17. Ang layunin ng form na ito ay upang kolektahin ang impormasyon para sa pag-enroll sa Genetically Handicapped Persons Program (GHPP). Ang personal at/o medikal na impormasyon na nakolekta sa form na ito ay kumpidensyal at protektado ng Alituntunin sa Privacy ng Health Insurance Portability and Accountability Act (45 C.F.R. Parts 160, 164), ng Batas sa mga Gawi sa Impormasyon (Kodigo Sibil ng California, § 1798 et seq.), ng patakaran ng Department of Health Care Services (Departamento), at ng patakaran ng estado. Ang impormasyon sa form na ito ay kinokolekta ng Clinical Assurance Division ng Departamento sa ilalim ng awtoridad ng mga Seksyon 125155, 125155.1, 125157, 125166, 125175, 125180, at 125185 ng Kodigo ng Kalusugan at Kaligtasan.

Ang lahat ng impormasyon na hinihiling sa form na ito ay kinakailangan maliban kung iba ang nakasaad. Kung hindi mo ibigay ang kinakailangang impormasyon, ibabalik ng Departamento sa iyo ang iyong application form dahil hindi kumpleto. Maaaring ibahagi ng Departamento ang ibinigay na impormasyon sa: (1) iba pang ahensya ng estado upang isagawa ang mga tungkulin nito sa konstitusyon o batas kung saan ang paggamit ay alinsunod sa layunin kung bakit kinokolekta ang impormasyon, (2) mga entidad ng lokal, pang-estado, o pederal na pamahalaan kung kinakailangan ng batas ng estado o pederal, at (3) mga planong pangkalusugan. Huwag magbigay ng anumang personal o medikal na impormasyon maliban sa impormasyon na partikular na hiniling sa form na ito.

Sa karamihang kaso, ang mga indibidwal ay may karapatan na ma-akses ang impormasyon tungkol sa kanila na nasa mga talaan ng pederal at estado. Maaaring maningil ng maliit na bayarin ang Departamento upang masaklaw ang halaga ng pagkopya ng impormasyong ito. Para sa higit na impormasyon o para sa akses sa mga rekord na naglalaman ng iyong personal na impormasyon na pinapanatili ng Departamento, kontakin ang 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 mga gawi ng DHCS sa privacy, o nais mong maghain ng reklamo tungkol sa mga gawi sa privacy, maaari mong kontakin ang 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 tungkol sa personal na impormasyon ay available online sa Abiso sa mga Gawi sa Privacy (<https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx>) at Pahayag sa Patakaran sa Privacy (<https://www.dhcs.ca.gov/pages/privacy.aspx>) ng Departamento.