

Đơn Xin Tham Gia Chương Trình Người Khuyết Tật Về Mặt Di Truyền Để Xác Định Tư Cách Đủ Điều Kiện

Tham khảo hướng dẫn ở trang 5, 6, 7 và 8 khi hoàn thành mẫu này. Vui lòng cung cấp tất cả thông tin được yêu cầu và gửi lại mẫu này cho Chương Trình Người Khuyết Tật Về Mặt Di Truyền (Genetically Handicapped Persons Program, hoặc GHPP). Vui lòng nhập hoặc viết in hoa. Không được viết tắt. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về việc hoàn thành mẫu đơn này, hãy gửi email đến GHPP theo địa chỉ GHPPEligibility@dhcs.ca.gov hoặc gọi (916) 713-8400.

Phần A: Thông Tin Cá Nhân									
1a. Họ:				1b. Tên:				1c. Tên đệm:	
2. Tên Khác Đã Sử Dụng:						3. Số An Sinh Xã Hội (không bắt buộc):			
4a. Địa Chỉ Cư Trú:			4b. Thành Phố:			4c. Quận:		4d. Mã Bưu chính (ZIP):	
5a. Địa chỉ gửi thư (nếu khác):			5b. Thành Phố:			5c. Quận:		5d. Mã Bưu chính (ZIP):	
6. Số Điện Thoại:		7. Địa chỉ Email:			8. Tên Và Tên Thời Con Gái Của Mẹ:			9. Ngôn ngữ	
10. Ngày sinh:		11a. Quận Nơi Sinh:		11b. Tiểu Bang Nơi Sinh:		11c. Quốc Gia Nơi Sinh:		12. Giới tính:	
13. Tình trạng đủ điều kiện để tham gia GHPP của quý vị là gì?						14. Chủng tộc/Dân tộc:			
15a. Tên của Bác Sĩ Chuyên Khoa Di Truyền đang điều trị tình trạng đủ điều kiện hưởng GHPP của quý vị. Bao gồm NPI nếu biết.									
15b. Địa chỉ của Bác Sĩ Chuyên Khoa Di Truyền:				15c. Thành Phố				15d. Mã Bưu chính (ZIP):	
15e. Số Điện Thoại:		16. Tên của Cơ Sở Trung Tâm Chăm Sóc Đặc Biệt của quý vị:							
17a. Tên của Bác Sĩ Chăm Sóc Chính chịu trách nhiệm phối hợp chăm sóc sức khỏe cho quý vị cùng với Bác Sĩ Chuyên Khoa Di Truyền. Bao gồm NPI nếu biết:									
17b. Số Điện Thoại:		17c. Địa Chỉ:			17d. Thành Phố:			17e. Mã Bưu chính (ZIP):	
18. Thông tin về Người Ủy Quyền/Người Bảo Hộ (nếu có) Quý vị phải đính kèm các giấy tờ hỗ trợ.									
Tên:				Chức danh:				Số Điện Thoại:	
Địa Chỉ:				Thành Phố:				Mã Bưu chính (ZIP):	

Phần B: Thông Tin Bảo Hiểm Sức Khỏe

19a. Quý vị có Medi-Cal không? ☐ Có ☐ Không

19b. Nếu “Có”, số Thẻ ID Của Người Thụ Hưởng (Beneficiary I.D. Card, hoặc BIC) của quý vị là gì? _____

20a. Quý vị có Medicare không? ☐ Có ☐ Không

20b. Nếu “Có”, số Medicare của quý vị là gì? _____

20c. Vui lòng đánh dấu tất cả các chương trình Medicare mà quý vị đã ghi danh:

☐ Phần A ☐ Phần B ☐ Phần C ☐ Phần D

21a. Quý vị có bảo hiểm sức khỏe khác không? ☐ Có ☐ Không

21b. Nếu “Có”, thông qua: ☐ Nhà Tuyển Dụng ☐ Một thành viên gia đình ☐ Quyền lợi hưu trí

21c. Tên công ty bảo hiểm của quý vị: _____

21d. Loại chương trình: ☐ Nhà cung cấp ưu tiên (PPO) ☐ Tổ chức duy trì sức khỏe

☐ Khác (nêu rõ): _____

21e. Số hợp đồng: _____ 21f. Ngày bắt đầu bảo hiểm: _____

21g. Ai là người trả tiền cho hợp đồng này? ☐ Nhà Tuyển Dụng ☐ Bản thân ☐ Nhà tuyển dụng và bản thân

☐ Khác (nêu rõ): _____

21 h. Khi tiết kiệm chi phí, chương trình Hoàn Trả Phí Bảo Hiểm Sức Khỏe (Health Insurance Premium Reimbursement, hoặc HIPR) có thể hoàn trả chi phí bảo hiểm sức khỏe của bên thứ ba cho quý vị.

Hiện tại quý vị có đang tham gia chương trình HIPR không? ☐ Có ☐ Không

Nếu “Có”, quý vị có muốn chương trình HIPR tiếp tục hoàn trả cho quý vị không? ☐ Có ☐ Không

Nếu hiện tại quý vị không tham gia chương trình HIPR, quý vị có muốn được hoàn trả phí bảo hiểm của bên thứ ba không? ☐ Có ☐ Không

21i. Có thông tin bảo hiểm nào của quý vị thay đổi kể từ lần nộp hồ sơ cuối cùng không? ☐ Có ☐ Không

Nếu “Có”, hãy giải thích lý do: _____

Vui lòng đính kèm bản sao của thẻ bảo hiểm. Để tiếp tục tham gia chương trình HIPR, hãy nộp đơn xin gia hạn GHPP hàng năm.

21j. Nếu nhà tuyển dụng của quý vị có cung cấp bảo hiểm sức khỏe và quý vị chọn không tham gia vào chương trình của nhà tuyển dụng, vui lòng chọn lý do bên dưới:

☐ Phí bảo hiểm quá đắt.

☐ Tôi đã mất việc, đủ điều kiện để tiếp tục được bảo hiểm theo COBRA, và tôi không đủ khả năng đóng phí bảo hiểm.

☐ Tôi đã đạt đến giới hạn bảo hiểm trọn đời của bảo hiểm của nhà tuyển dụng tôi.

☐ Bác sĩ chăm sóc tình trạng bệnh của tôi không nằm trong mạng lưới bác sĩ theo chương trình bảo hiểm của tôi.

☐ Khác (nêu rõ): _____

21k. Trong sáu tháng kể từ ngày nộp đơn này, quý vị hoặc nhà tuyển dụng đã chấm dứt bảo hiểm sức khỏe của nhà tuyển dụng không? ☐ Có ☐ Không

Nếu “Có”, hợp đồng đã chấm dứt vào ngày nào? _____

Vui lòng chọn lý do chấm dứt bên dưới:

- ☐ Nhà tuyển dụng của tôi đã ngừng cung cấp quyền lợi sức khỏe cho tất cả nhân viên và/hoặc người phụ thuộc.
☐ Nhà tuyển dụng của tôi đã ngừng cung cấp quyền lợi sức khỏe cho tất cả nhân viên và/hoặc người phụ thuộc.
☐ Thay đổi địa chỉ của tôi sang mã ZIP không được bảo hiểm sức khỏe của nhà tuyển dụng chi trả.
☐ Tử vong hoặc sự ly thân/ly hôn hợp pháp của cá nhân được cung cấp bảo hiểm.
☐ Tôi đã đạt đến giới hạn bảo hiểm trọn đời của bảo hiểm sức khỏe của nhà tuyển dụng tôi.
☐ Bảo hiểm của tôi tuân theo COBRA hợp đồng, và COBRA và thời hạn bảo hiểm đã kết thúc.
☐ Khác (nêu rõ): _____

22. Quý vị có bảo hiểm nha khoa không? ☐ Có ☐ Không

Nếu “Có”, tên của chương trình: _____

23. Quý vị có bảo hiểm thị lực không? ☐ Có ☐ Không

Nếu “Có”, tên của chương trình: _____

Phần C: Xu Hướng Tình Dục và Bản Dạng Giới

Các câu hỏi về khuynh hướng tình dục và bản dạng giới để thực hiện Assembly Bill 959 Đạo Luật Về Sự Khác Biệt Giữa Người Đồng Tính Nữ, Đồng Tính Nam, Song Tính Và Chuyển Giới (LGBT).

Assembly Bill 959 (một đạo luật được bổ sung Section 8310.8 vào Government Code, liên quan đến việc thu thập dữ liệu, Chapter 565, 2015), Đạo luật giảm thiểu sự chênh lệch giữa người đồng tính nữ, đồng tính nam, song tính và chuyển giới yêu cầu Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe thu thập thông tin tự nguyện về khuynh hướng tình dục và bản dạng giới của người nộp đơn. Vui lòng điền thông tin bên dưới để cho chúng tôi biết thêm về giới tính, bản dạng giới, biểu hiện giới hoặc khuynh hướng tình dục của người nộp đơn.

24a. Giới tính của quý vị khi sinh ra là gì? (bắt buộc)

- ☐ Nữ giới ☐ Nam giới ☐ Chuyển giới

24b. Giới tính của quý vị là gì? (không bắt buộc)

- ☐ Nữ giới ☐ Nam giới ☐ Chuyển giới, nam sang nữ ☐ Chuyển giới, từ nữ sang nam
☐ Phi nhị phân (không phải nam cũng không phải nữ) ☐ Một bản dạng giới tính khác

24c. Giới tính được ghi trên giấy khai sinh của quý vị là gì?
(không bắt buộc)

- ☐ Nữ giới ☐ Nam giới

24d. Quý vị có nghĩ mình là? (không bắt buộc)

- ☐ Thẳng hoặc dị tính ☐ Đồng tính nam hoặc đồng tính nữ ☐ Lưỡng tính ☐ Kỳ lạ
☐ Một khuynh hướng tình dục khác ☐ Không rõ

Phần D: Chứng Nhận

Đọc và ký tất vào mỗi câu tuyên bố bên dưới đây. Chữ ký của quý vị cho phép GHPP tiến hành xử lý đơn đăng ký của quý vị.

- _____ Tôi đang nộp đơn lên GHPP để xác định xem tôi có đủ điều kiện nhận dịch vụ/quyền lợi hay không. Tôi hiểu rằng việc hoàn tất đơn đăng ký này không đảm bảo rằng tôi sẽ được chấp nhận vào GHPP.
- _____ Tôi cho phép GHPP xác minh nơi cư trú, thông tin sức khỏe, thu nhập và/hoặc các hoàn cảnh khác có thể cần thiết để xác định điều kiện đủ tham gia GHPP và số tiền phí ghi danh của tôi (nếu có).
- _____ Tôi cho phép GHPP để lại tin nhắn liên quan đến việc tham gia GHPP của tôi trên máy trả lời điện thoại/dịch vụ được chỉ định của tôi.
- _____ Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc thông tin này hoặc được đọc cho nghe và tôi hiểu.
- _____ Tôi xác nhận rằng thông tin tôi cung cấp trong mẫu đơn này là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết của tôi.

Chữ ký của người nộp đơn xin GHPP hoặc phụ huynh/người giám hộ hợp pháp của trẻ vị thành niên/trẻ em:		Mối quan hệ với trẻ vị thành niên/trẻ em:	Ngày:
Nếu ký bằng chữ "X", hãy ghi rõ họ tên nhân chứng:	Mối quan hệ của nhân chứng với người nộp đơn GHPP:	Số điện thoại của nhân chứng:	
Chữ ký của Nhân Chứng:			Ngày:

Luật pháp California yêu cầu các gia đình nộp đơn xin dịch vụ phải được cung cấp thông tin về cách GHPP bảo vệ quyền riêng tư của họ.¹ Để bảo vệ quyền riêng tư của quý vị:

- GHPP phải giữ bí mật thông tin này.²
- GHPP có thể chia sẻ thông tin trên mẫu đơn với nhân viên được ủy quyền từ các cơ quan y tế và phúc lợi khác.

Quý vị có quyền xem đơn đăng ký và hồ sơ GHPP liên quan đến quý vị. Nếu quý vị muốn xem những hồ sơ này, hãy liên hệ với GHPP bằng cách gửi email đến GHPPeligibility@dhcs.ca.gov hoặc gọi (916) 713-8400. Theo luật, thông tin quý vị cung cấp cho GHPP sẽ được chương trình lưu giữ.³

¹ Civil Code, Section 1798.17

² Theo đúng với Section 41670, Title 22, California Code of Regulations và California Public Records Act (Government Code, Sections 6250-6288)

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

Hướng Dẫn Hoàn Thành Đơn Xin Tham Gia Chương Trình Người Khuyết Tật Về Mặt Di Truyền Để Xác Định Tư Cách Đủ Điều Kiện

Nếu điền mẫu đơn này bằng tay, vui lòng viết chữ in hoa rõ ràng để đơn của quý vị có thể được xử lý nhanh nhất có thể. Điền đầy đủ thông tin vào từng phần. Nếu quý vị không cung cấp đầy đủ thông tin được yêu cầu, GHPP sẽ không thể tiếp tục xử lý đơn đăng ký của quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp để hoàn thành biểu mẫu này, vui lòng liên hệ với GHPP qua (916) 713-8400. Sau khi hoàn tất đơn đăng ký, hãy gửi đơn đăng ký qua email đến hộp thư đến GHPP theo địa chỉ GHPPEligibility@dhcs.ca.gov hoặc gửi đơn đăng ký qua đường bưu điện đến Genetically Handicapped Persons Program MS 4507, P.O. Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413. Vui lòng nhớ ký tên và ghi ngày vào mẫu đơn này.

Phần A: Thông Tin Cá Nhân: Điều này bao gồm việc xác định danh tính và các thông tin khác cần thiết để xử lý mẫu đơn này.

- 1a. Họ:** Viết họ của quý vị. Đính kèm bằng chứng về danh tính vào đơn đăng ký, chẳng hạn như bản sao Giấy phép lái xe California hoặc Giấy tờ tùy thân California (ID) của quý vị.
- 1b. Tên:** Viết tên của quý vị.
- 1c. Tên đệm:** Nếu quý vị có tên đệm, hãy viết chữ cái đầu tên đệm của quý vị.
- 2. Tên khác đã sử dụng:** Nếu quý vị được biết đến hợp pháp bằng bất kỳ tên nào khác, hãy viết (các) tên.
- 3. Số An sinh Xã hội (không bắt buộc):** Viết số An sinh xã hội chín chữ số của quý vị.
- 4a. Địa chỉ cư trú:** Viết số nhà, tên đường và nếu có thể số căn hộ nơi quý vị cư trú. Không sử dụng hộp thư bưu điện ở chỗ trống này. Đính kèm bản sao của một trong những giấy tờ sau để chứng minh nơi cư trú tại California. Nếu quý vị không có một trong những mục sau, vui lòng gọi cho GHPP để thảo luận về các mục bổ sung được chấp nhận.
 - Hóa đơn tiện ích hiện tại của California
 - Biên lai thuê nhà hoặc thế chấp
 - Tài liệu chứng minh việc làm tại California
 - Bảng chứng đăng ký bỏ phiếu tại California
 - Bảng chứng ghi danh vào một trường học ở California
 - Bảng chứng nhận được trợ cấp công cộng của California
- 4b. Thành phố:** Viết tên thành phố nơi quý vị cư trú.
- 4c. Quận:** Viết tên quận nơi quý vị cư trú.
- 4d. Mã Bưu chính (ZIP):** Viết Mã bưu chính (ZIP) nơi quý vị cư trú.
- 5a. Địa chỉ gửi thư (nếu khác):** Viết địa chỉ gửi thư, số nhà, tên đường và nếu có thể số căn hộ.
- 5b. Thành phố:** Viết tên thành phố của địa chỉ gửi thư của quý vị.
- 5c. Quận:** Viết tên quận của địa chỉ gửi thư của quý vị.
- 5d. Mã Bưu chính (ZIP):** Viết Mã bưu chính (ZIP) của địa chỉ gửi thư của quý vị.
- 6. Số điện thoại:** Viết số điện thoại mà quý vị có thể liên lạc được trong ngày, bao gồm cả mã vùng.
- 7. Địa chỉ Email:** Viết địa chỉ email có thể liên lạc được với quý vị.
- 8. Tên Và Tên Thời Con Gái Của Mẹ:** Viết tên và tên thời con gái (maiden name) của mẹ quý vị.
- 9. Ngôn ngữ:** Viết tên ngôn ngữ mà quý vị cảm thấy thoải mái nhất khi giao tiếp.
- 10. Ngày sinh:** Viết tháng, ngày và năm sinh của quý vị.
- 11a. Quận Nơi Sinh:** Viết tên quận nơi quý vị sinh ra.
- 11b. Tiểu Bang Nơi Sinh:** Viết tiểu bang nơi quý vị sinh ra.
- 11a. Quốc Gia Nơi Sinh:** Viết tên quốc gia nơi quý vị sinh ra nếu quý vị sinh ra bên ngoài Hoa Kỳ.

- 12. Giới tính:** Điền giới tính của quý vị (nam giới hoặc nữ giới) hoặc xem Phần 3 để cung cấp thêm thông tin về giới tính, bản dạng giới, biểu hiện giới hoặc khuynh hướng tình dục của quý vị.
- 13. Tình trạng đủ điều kiện để tham gia GHPP của quý vị là gì?** Viết điều kiện đủ để quý vị tham gia GHPP. Sau đây là danh sách các tình trạng đủ điều kiện hưởng GHPP:

• Bệnh xơ nang (Cystic Fibrosis) • Bệnh mất điều hòa Friedreich (Friedreich's Ataxia) • Bệnh máu khó đông do thiếu hụt yếu tố (vui lòng nêu rõ loại yếu tố) • Bệnh Huntington (Huntington's Disease) • Bệnh Joseph (Huntington's Disease) • Bệnh hồng cầu hình liềm (Sickle Cell Disease) • Bệnh tan máu bẩm sinh nặng (Thalassemia Major) • Bệnh tiểu cầu giảm (Thrombasthenia)	• Bệnh tiểu cầu (Thrombocytopathia) • Bệnh Von Hippel-Lindau • Bệnh Von Willebrand • Bệnh chuyển hóa (ví dụ, PKU, Tyrosinemia, axit amin chuỗi nhánh, Bệnh nước tiểu siro cây phong, rối loạn chu trình urê, Bệnh Wilson) • Bệnh chuyển hóa khác (vui lòng nêu rõ)
---	--

- 14. Chủng tộc/Dân tộc:** Viết danh mục từ danh sách sau đây mô tả tốt nhất chủng tộc/dân tộc chính của quý vị.

• Người bản xứ Alaska • Người Mỹ Lai • Người Mỹ bản địa • Người Châu Á • Người Ấn Độ Châu Á • Người Da Đen/Người Mỹ Gốc Phi • Người Campuchia • Người Trung Quốc • Người Philippines • Người Guam	• Người Hawaii • Người gốc Tây Ban Nha/Người Mỹ La-tinh • Người Nhật Bản • Người Hàn Quốc • Người Lào • Người Samoa • Người Việt Nam • Người Da Trắng • Khác
--	--

- 15a. Tên của Bác Sĩ Chuyên Khoa Di Truyền đang điều trị tình trạng đủ điều kiện hưởng GHPP của quý vị. Bao gồm NPI nếu biết:** Viết tên bác sĩ cung cấp dịch vụ chăm sóc theo dõi tình trạng bệnh đủ điều kiện hưởng GHPP của quý vị.
- 15b. Địa chỉ của Bác Sĩ Chuyên Khoa Di Truyền:** Viết số nhà và tên đường của Bác Sĩ Chuyên Khoa Di Truyền.
- 15c. Thành phố:** Viết tên thành phố của Bác Sĩ Chuyên Khoa Di Truyền.
- 15d. Mã Bưu chính (ZIP):** Viết Mã Bưu chính (ZIP) của Bác Sĩ Chuyên Khoa Di Truyền.
- 15e. Số điện thoại:** Viết số điện thoại của Bác Sĩ Chuyên Khoa Di Truyền, bao gồm cả mã vùng.
- 16. Tên của Cơ Sở Trung Tâm Chăm Sóc Đặc Biệt của quý vị:** Viết tên của Trung Tâm Chăm Sóc Đặc Biệt của quý vị, nếu quý vị có.
- 17q. Tên của Bác Sĩ Chăm Sóc Chính chịu trách nhiệm phối hợp chăm sóc sức khỏe cho quý vị cùng với Bác Sĩ Chuyên Khoa Di Truyền. Bao gồm NPI nếu biết:** Viết tên Bác sĩ chăm sóc chính (PCP) của quý vị.
- 17r. Số Điện Thoại:** Viết số điện thoại của Bác sĩ chăm sóc chính của quý vị.
- 17s. Địa Chỉ:** Viết số nhà và tên đường của Bác sĩ chăm sóc chính của quý vị.
- 17t. Thành phố:** Viết tên thành phố của Bác sĩ chăm sóc chính của quý vị.
- 17u. Mã Bưu chính (ZIP):** Viết mã bưu chính (Zip) của Bác sĩ chăm sóc chính của quý vị.

- 18. Thông Tin Về Người Ủy Quyền/Người Bảo Hộ:** Nếu quý vị đã chỉ định hợp pháp ai đó làm Người được ủy quyền chăm sóc sức khỏe cho quý vị, hoặc nếu người giám hộ được chỉ định cho quý vị, vui lòng viết tên, chức danh (tức là Người được ủy quyền hoặc Người giám hộ), số điện thoại, địa chỉ (số nhà và tên), thành phố và mã bưu chính (zip) cho cá nhân này. Quý vị phải đính kèm tài liệu chứng minh thẩm quyền hợp pháp của người này để hành động thay mặt quý vị nếu quý vị muốn họ có thể liên lạc với GHPP về vấn đề chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Phần B: Thông Tin Bảo Hiểm Sức Khỏe: GHPP được xem là bên chi trả cuối cùng. Nói cách khác, GHPP sẽ chi trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết về mặt y tế của quý vị chỉ sau khi quý vị đã thanh toán mọi khoản bảo hiểm sức khỏe khác.

- 19a. Quý vị có Medi-Cal không?** Chọn câu trả lời đúng (Có hoặc Không).
- 19b. Nếu “Có”, số Thẻ ID Của Người Thụ Hưởng (Beneficiary I.D. Card, hoặc BIC) của quý vị là gì?** Viết số Medi-Cal ở mặt trước Thẻ ID của Người Thụ Hưởng (Beneficiary I.D. Card, hoặc BIC) của quý vị.
- 20a. Quý vị có Medicare không?** Chọn câu trả lời đúng (Có hoặc Không).
- 20b. Nếu “Có”, số Medicare của quý vị là gì?** Viết số ID Medicare của quý vị.
- 20c. Vui lòng đánh dấu tất cả các chương trình Medicare mà quý vị đã ghi danh:** Chọn tất cả nếu phù hợp (Phần A, B, C và/hoặc D).
- 21a. Quý vị có bảo hiểm sức khỏe khác không?** Đánh dấu vào câu trả lời đúng (Có hoặc Không).
- 21b. Nếu “Có”, thông qua:** Chọn nguồn bảo hiểm của quý vị, có thể thông qua nhà tuyển dụng, thông qua thành viên gia đình hoặc thông qua quyền lợi hưu trí của quý vị.
- 21c. Tên công ty bảo hiểm của quý vị:** Viết tên đầy đủ của công ty bảo hiểm của quý vị (ví dụ: Kaiser Permanente, Blue Cross of California, v.v.) Đính kèm bản sao mặt trước và mặt sau của thẻ bảo hiểm.
- 21d. Loại chương trình:** Chọn câu trả lời phù hợp với loại chương trình quý vị có - Nhà cung cấp ưu tiên PPO, Tổ chức duy trì sức khỏe (HMO) hoặc Khác. Nếu khác, vui lòng ghi rõ trong trường được cung cấp.
- 21e. Số hợp đồng:** Viết số hợp đồng bảo hiểm của quý vị.
- 21f. Ngày bắt đầu bảo hiểm:** Viết ngày bắt đầu bảo hiểm của quý vị.
- 21g. Ai là người trả tiền cho hợp đồng này?** Chọn câu trả lời cho biết ai sẽ trả tiền bảo hiểm cho quý vị - có thể là nhà tuyển dụng, quý vị, cả nhà tuyển dụng và bản thân quý vị hoặc người khác. Nếu quý vị chọn “Khác”, hãy ghi rõ trong trường được cung cấp.
- 21h. Khi tiết kiệm chi phí, chương trình Hoàn Trả Phí Bảo Hiểm Sức Khỏe (Health Insurance Premium Reimbursement, hoặc HIPR) có thể hoàn trả chi phí bảo hiểm sức khỏe của bên thứ ba cho quý vị. Hiện tại quý vị có đang tham gia chương trình HIPR không?** Chọn câu trả lời đúng (Có hoặc Không).
- Nếu “Có”, quý vị có muốn chương trình HIPR tiếp tục hoàn trả cho quý vị không?** Chọn câu trả lời đúng (Có hoặc Không).
- Nếu hiện tại quý vị không tham gia chương trình HIPR, quý vị có muốn được hoàn trả phí bảo hiểm của bên thứ ba không?** Chọn câu trả lời đúng (Có hoặc Không).
- 21i. Có thông tin bảo hiểm nào của quý vị thay đổi kể từ lần nộp hồ sơ cuối cùng không?** Chọn câu trả lời đúng (Có hoặc Không).
- Nếu “Có”, hãy giải thích lý do:** Trong trường này, hãy viết lời giải thích về lý do thông tin bảo hiểm của quý vị thay đổi kể từ lần nộp đơn xin GHPP gần nhất. Quý vị phải đính kèm bản sao thẻ bảo hiểm của mình. Quý vị phải gia hạn ghi danh GHPP để tiếp tục tham gia chương trình HIPR.
- 21j. Nếu nhà tuyển dụng của quý vị có cung cấp bảo hiểm sức khỏe và quý vị chọn không tham gia vào chương trình của nhà tuyển dụng, vui lòng chọn lý do bên dưới:** Chọn câu trả lời giải thích lý do tại sao quý vị chọn không tham gia. Nếu quý vị chọn “Khác”, hãy giải thích trong trường được cung cấp.

21k. Trong sáu tháng kể từ ngày nộp đơn này, quý vị hoặc nhà tuyển dụng đã chấm dứt bảo hiểm sức khỏe của nhà tuyển dụng không? Chọn câu trả lời đúng (Có hoặc Không).

Nếu “Có”, hợp đồng đã chấm dứt vào ngày nào? Nếu có, hãy viết ngày chấm dứt bảo hiểm và chọn lý do chấm dứt. Nếu quý vị chọn lý do chấm dứt “Khác”, hãy nêu rõ lý do trong trường được cung cấp.

22. Quý vị có bảo hiểm nha khoa không? Chọn câu trả lời đúng (Có hoặc Không).

Nếu “Có”, tên của chương trình: Viết tên của chương trình nha khoa.

23. Quý vị có bảo hiểm thị lực không? Chọn câu trả lời đúng (Có hoặc Không)

Nếu “Có”, tên của chương trình: Viết tên của chương trình thị lực.

Phần 3: Xu Hướng Tình Dục và Bản Dạng Giới

24a. Giới tính của quý vị khi sinh ra là gì? (bắt buộc): Chọn câu trả lời đúng. Câu hỏi này là bắt buộc.

24b. Giới tính của quý vị là gì? (không bắt buộc): Chọn câu trả lời đúng. Quý vị không bắt buộc phải trả lời câu hỏi này.

24c. Giới tính được ghi trên giấy khai sinh của quý vị là gì? (không bắt buộc): Chọn câu trả lời đúng. Quý vị không bắt buộc phải trả lời câu hỏi này.

24d. Quý vị có nghĩ mình là? (không bắt buộc): Chọn câu trả lời đúng. Quý vị không bắt buộc phải trả lời câu hỏi này.

Phần 4: Chứng Nhận.

Đọc và ký tất các tuyên bố được chỉ định trên mẫu đơn. Sau đó ký tên và ghi ngày bằng mực nếu viết tay hoặc sử dụng chữ ký số nếu điền điện tử. Nếu quý vị ký tên bằng dấu “X”, quý vị phải có nhân chứng ký vào chỗ trống đã chỉ định.

Nộp đơn đăng ký của quý vị.

Gửi mẫu đơn đã hoàn thành DHCS 4000 A cùng với mẫu đơn tiếp theo DHCS 4000 B (Chương Trình Người Khuyết Tật Về Gen Xác Minh Thu Nhập Ban Đầu/Hàng Năm) và bao gồm các bản sao của:

- Giấy tờ tùy thân có ảnh (Giấy phép lái xe California (CDL), Giấy tờ tùy thân California (ID), Hộ chiếu hoặc Thẻ sinh viên)
- Bằng chứng về nơi cư trú tại CA (hóa đơn tiện ích, hợp đồng cho thuê, đăng ký cử tri, v.v.)
- Bằng chứng về thu nhập (mẫu thuế 1040 năm gần nhất, bảng kê khai SSI/EDD, v.v.)
- (CHỈ DÀNH CHO CÁC ĐƠN ĐĂNG KÝ MỚI) Hồ sơ y tế có chẩn đoán đủ điều kiện GHPP cụ thể và kết quả xét nghiệm di truyền hỗ trợ tình trạng đủ điều kiện GHPP của quý vị

Gửi qua email đến GHPPEligibility@dhcs.ca.gov hoặc qua đường bưu điện

đến: Genetically Handicapped Persons Program, MS 4507

P.O. Box 997413

Sacramento, CA 95899-7413

Chương Trình Người Khuyết Tật Về Mặt Di Truyền Xác Minh Thu Nhập Ban Đầu/Hàng Năm

Hãy tham khảo hướng dẫn ở trang 11 và 12 khi hoàn thành mẫu đơn này. Chương trình Người khuyết tật về mặt di truyền yêu cầu quý vị cung cấp những thông tin sau để xác định số tiền phí ghi danh của quý vị, nếu có. Phí ghi danh của quý vị được tính dựa trên tổng thu nhập của gia đình quý vị trong năm dương lịch trước đó. Thông tin thu nhập của quý vị được xem xét hàng năm, do đó phí ghi danh của quý vị có thể thay đổi theo từng năm.

Vui lòng cung cấp tất cả thông tin được yêu cầu và gửi lại mẫu đơn này cho GHPP. Vui lòng nhập hoặc viết in hoa. Không được viết tắt. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về việc hoàn thành mẫu đơn này, hãy gửi email đến GHPP theo địa chỉ GHPPEligibility@dhcs.ca.gov hoặc gọi (916) 713-8400.

Phần A: Thông Tin Cá Nhân				
1a. Họ:	1b. Tên:	1c. Tên đệm:	2. Số An Sinh Xã Hội (không bắt buộc):	
3a. Địa Chỉ Cư Trú:	3b. Thành Phố:	3c. Quận:	3d. Mã Bưu chính (ZIP):	
4. Số Điện Thoại Trong Nhà:		5. Địa chỉ Email:		
Phần B: Xác Minh Thu Nhập				
6. Tổng Thu Nhập Gia Đình: _____				
7. Liệt kê các nguồn dữ liệu thu nhập và đính kèm bản sao				

8. Quy mô gia đình: _____				
Liệt kê các thành viên gia đình, bao gồm cả quý vị, những người phụ thuộc vào thu nhập của gia đình.				
Tên: _____		Mối quan hệ: _____		
Tên: _____		Mối quan hệ: _____		
Tên: _____		Mối quan hệ: _____		
Tên: _____		Mối quan hệ: _____		
Tên: _____		Mối quan hệ: _____		
9. Thông Tin Việc Làm				
Tên của Nhà tuyển dụng của quý vị: _____				
Địa Chỉ: _____		Thành Phố: _____		Mã Bưu chính (ZIP): _____
Điện thoại của Nhà tuyển dụng: _____				
Phần C: Thông Tin Về Lệ Phí Ghi Danh				
Thông báo về tình trạng phí ghi danh:				
Khi GHPP đã tính toán được số tiền phí ghi danh của quý vị, quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản. Tổng lệ phí ghi danh sẽ được cung cấp trong Thỏa Thuận Phí Ghi Danh. Thỏa Thuận Phí Ghi Danh sẽ nêu rõ số tiền phải trả và hai phương thức thanh toán:				
a. Một khoản tiền trọn gói phải trả chậm nhất là ngày thứ 60 kể từ ngày thông báo từ GHPP, hoặc				
b. Hai hoặc ba khoản thanh toán phải được thanh toán chậm nhất vào ngày thứ 60, ngày thứ 120, và ngày thứ 180 kể từ ngày nhận được thông báo từ GHPP.				
Việc không thanh toán lệ phí ghi danh theo thỏa thuận đã ký sẽ dẫn đến việc đóng hồ sơ của quý vị vào ngày thứ 61, ngày thứ 121, hoặc ngày thứ 181 kể từ ngày nhận được thông báo từ GHPP.				

Phần D: Chứng Nhận

Đọc và ký tất vào mỗi câu tuyên bố bên dưới đây.

- _____ Tôi hiểu rằng phí ghi danh của tôi, nếu có, sẽ dựa trên thu nhập đã khai của tôi và phí ghi danh của tôi có thể thay đổi hàng năm nếu thu nhập của tôi thay đổi.
- _____ Tôi cho phép GHPP xác minh thu nhập của tôi và/hoặc các hoàn cảnh khác có thể cần thiết để xác định mức phí ghi danh hàng năm của tôi, nếu có.
- _____ Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc thông tin này hoặc được đọc cho nghe và tôi hiểu.
- _____ Tôi xác nhận rằng thông tin tôi cung cấp trong mẫu đơn này là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết của tôi.

Chữ ký của người nộp đơn xin GHPP hoặc phụ huynh/người giám hộ hợp pháp của trẻ vị thành niên/trẻ em:		Mối quan hệ với trẻ vị thành niên/trẻ em:	Ngày:
Nếu ký bằng chữ "X", hãy ghi rõ họ tên nhân chứng:	Mối quan hệ của nhân chứng với người nộp đơn GHPP:	Số điện thoại của nhân chứng:	
Chữ ký của Nhân Chứng:			Ngày:

Luật pháp California yêu cầu các gia đình nộp đơn xin dịch vụ phải được cung cấp thông tin về cách GHPP bảo vệ quyền riêng tư của họ. ¹Để bảo vệ quyền riêng tư của quý vị:

- GHPP phải giữ bí mật thông tin này.²
- GHPP chỉ có thể chia sẻ thông tin trên mẫu đơn với nhân viên được ủy quyền từ các cơ quan y tế và phúc lợi khác khi quý vị đã ký vào mẫu đơn đồng ý.

Quý vị có quyền xem đơn đăng ký và hồ sơ GHPP liên quan đến quý vị. Nếu quý vị muốn xem những hồ sơ này, hãy liên hệ với GHPP bằng cách gửi email đến (916) 713-8400. Theo luật, thông tin quý vị cung cấp cho GHPP sẽ được chương trình lưu giữ.³

¹. Civil Code, Section 1798.17

². Theo đúng với Section 41670, Title 22, California Code of Regulations và California Public Records Act (Government Code, Sections 6250-6255)

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

Hướng dẫn hoàn thành Chương Trình Người Khuyết Tật Về Mặt Di Truyền
Mẫu xác minh thu nhập ban đầu/hàng năm

Nếu điền mẫu đơn này bằng tay, vui lòng viết chữ in hoa rõ ràng để đơn của quý vị có thể được xử lý nhanh nhất có thể. Điền đầy đủ thông tin vào từng phần. Nếu quý vị không cung cấp đầy đủ thông tin được yêu cầu, GHPP sẽ không thể tiếp tục xử lý đơn đăng ký của quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp để hoàn thành biểu mẫu này, vui lòng liên hệ với GHPP qua (916) 713-8400. Sau khi hoàn tất đơn đăng ký, hãy gửi đơn đăng ký qua email đến hộp thư đến GHPP theo địa chỉ GHPPeligibility@dhcs.ca.gov hoặc gửi đơn đăng ký qua đường bưu điện đến Genetically Handicapped Persons Program MS 4507, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. Vui lòng nhớ ký tên và ghi ngày vào mẫu đơn này.

Phần A: Thông Tin Cá Nhân

Phần này bao gồm thông tin nhận dạng và các thông tin khác cần thiết để xử lý mẫu đơn này.

- 1a. Họ:** Viết họ của quý vị. Đính kèm bằng chứng về danh tính vào đơn đăng ký, chẳng hạn như bản sao Giấy phép lái xe California hoặc Giấy tờ tùy thân California (ID) của quý vị.
- 1b. Tên:** Viết tên của quý vị.
- 1c. Tên đệm:** Nếu quý vị có tên đệm, hãy viết chữ cái đầu tên đệm của quý vị.
- 2. Số An sinh Xã hội (không bắt buộc):** Viết số An Sinh Xã Hội gồm chín chữ số của quý vị.
- 3c. Địa chỉ cư trú:** Viết số nhà, tên đường và số căn hộ.
- 3d. Thành phố:** Viết tên thành phố nơi quý vị cư trú.
- 3e. Quận:** Viết tên quận nơi quý vị cư trú.
- 3f. Mã Bưu chính (ZIP):** Viết mã bưu chính (ZIP) quận nơi quý vị cư trú.
- 4. Số điện thoại trong ngày:** Viết số điện thoại mà quý vị có thể liên lạc được, bao gồm cả mã vùng.
- 5. Địa chỉ Email:** Viết địa chỉ email có thể liên lạc được với quý vị.

Phần B: Xác Minh Thu Nhập

Phí ghi danh của quý vị, nếu có, sẽ được tính dựa trên thông tin quý vị cung cấp trong phần này.

- 6. Tổng Thu Nhập Gia Đình:** Nhập số tiền đô-la. Đây là thông tin có trong biểu mẫu thuế 1040 của quý vị và quý vị cũng có thể sử dụng biểu mẫu W-2 và/hoặc các tài liệu khác được liệt kê bên dưới trong Mục 7. Quý vị phải bao gồm thu nhập từ các thành viên trong gia đình phụ thuộc vào thu nhập của gia đình. Sử dụng số tiền thu nhập từ năm trước. Ví dụ:
 - Nếu quý vị không được khai báo trong tờ khai thuế của bất kỳ ai khác và quý vị có thu nhập của riêng mình, thì đây là số tiền quý vị phải báo cáo.
 - Nếu quý vị đã kết hôn, quý vị phải báo cáo cả thu nhập của quý vị và thu nhập của vợ/chồng quý vị, ngay cả khi quý vị nộp thuế riêng.
 - Nếu quý vị sống với người thân khai báo thu nhập của quý vị trong tờ khai thuế, quý vị phải sử dụng số tiền thu nhập của họ và cung cấp bản sao tờ khai thuế của họ.
 - **Quý vị không** phải bao gồm thu nhập từ các thành viên trong gia đình như quý vị cùng phòng hoặc anh chị em ruột.
- 7. Nếu quý vị có thắc mắc về loại thu nhập phải báo cáo, vui lòng liên hệ với GHPP. Liệt kê các nguồn dữ liệu thu nhập và đính kèm bản sao:** Điều này có nghĩa là các tài liệu quý vị đã sử dụng để tính toán số tiền được liệt kê trong Mục 6. Đính kèm bản sao Mẫu thuế liên bang 1040 và bất kỳ tài liệu nào sau đây được sử dụng để tính tổng thu nhập của gia đình quý vị.
 - Báo cáo thu nhập an sinh xã hội
 - Báo cáo thu nhập khuyết tật
 - Mẫu W-2
 - Phiếu lương
 - Khác (vui lòng ghi rõ)

- 8. Quy mô gia đình:** Viết số thành viên trong gia đình, bao gồm cả quý vị. Liệt kê những thành viên trong gia đình quý vị phụ thuộc vào thu nhập của gia đình. Quy mô gia đình của quý vị sẽ được xem xét khi tính phí ghi danh Đính kèm thêm một tờ giấy nếu cần thêm chỗ.
- 9. Thông tin việc làm:** Liệt kê tên, số điện thoại và địa chỉ của công ty.

Phần C: Thông Tin Về Lệ Phí Ghi Danh

Vui lòng đọc thông tin quan trọng trong phần này liên quan đến phí ghi danh của quý vị.

Phần D: Chứng Nhận

Đọc và ký tất các tuyên bố được chỉ định trên mẫu đơn. Sau đó ký tên và ghi ngày bằng mực nếu viết tay hoặc sử dụng chữ ký số nếu điền điện tử. Nếu quý vị ký tên bằng dấu “X”, quý vị phải có nhân chứng ký vào chỗ trống đã chỉ định.

Nộp đơn đăng ký của quý vị

Gửi mẫu đơn đã hoàn thành DHCS 4000 B cùng với mẫu đơn tiếp theo DHCS 4000 A (Chương trình Người khuyết tật về mặt di truyền để xác định tư cách đủ điều kiện) và bao gồm các bản sao của:

- Giấy tờ tùy thân có ảnh (Giấy phép lái xe California (CDL), Giấy tờ tùy thân California (ID), Hộ chiếu hoặc Thẻ sinh viên)
- Bằng chứng về nơi cư trú tại CA (hóa đơn tiện ích, hợp đồng cho thuê, đăng ký cử tri, v.v.)
- Bằng chứng về thu nhập (mẫu thuế 1040 năm gần nhất, bảng kê khai SSI/EDD, v.v.)
- (CHỈ DÀNH CHO CÁC ĐƠN ĐĂNG KÝ MỚI) Hồ sơ y tế có chẩn đoán đủ điều kiện GHPP cụ thể và kết quả xét nghiệm di truyền hỗ trợ tình trạng đủ điều kiện GHPP của quý vị

Gửi qua email đến GHPPEligibility@dhcs.ca.gov hoặc qua đường bưu điện đến:
Genetically Handicapped Persons Program, MS 4507
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413

Thông Báo Về Quyền Riêng Tư Khi Thu Thập

Thông báo về quyền riêng tư này được yêu cầu bởi California Civil Code section 1798.17. Mục đích của mẫu đơn này là thu thập thông tin để ghi danh vào Chương Trình Người Khuyết Tật Về Mặt Di Truyền (GHPP). Thông tin cá nhân và/hoặc y tế được thu thập trong mẫu đơn này là thông tin bảo mật và được bảo vệ theo Quy tắc bảo mật của Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (45 C.F.R. Phần 160, 164), Đạo luật thực hành thông tin (Bộ luật dân sự California, § 1798 trở đi), chính sách của Sở dịch vụ chăm sóc sức khỏe (Sở) và chính sách của tiểu bang. Thông tin trong mẫu đơn này được thu thập bởi Bộ phận Đảm bảo Lâm sàng của Sở theo thẩm quyền của Mục 125155, 125155.1, 125157, 125166, 125175, 125180 và 125185 của Bộ luật Sức Khỏe và An toàn.

Mọi thông tin được yêu cầu trong mẫu đơn này đều là bắt buộc trừ khi có quy định khác. Nếu quý vị không cung cấp thông tin bắt buộc, Sở sẽ trả lại đơn đăng ký của quý vị vì đơn chưa đầy đủ. Sở có thể chia sẻ thông tin được cung cấp với: (1) các cơ quan tiểu bang khác thực hiện nhiệm vụ theo hiến pháp hoặc theo luật định của mình khi việc sử dụng phù hợp với mục đích mà thông tin được thu thập, (2) các cơ quan chính quyền địa phương, tiểu bang hoặc liên bang nếu luật tiểu bang hoặc liên bang yêu cầu, và (3) các chương trình chăm sóc sức khỏe. Vui lòng không cung cấp bất kỳ thông tin cá nhân hoặc y tế nào khác ngoài thông tin được yêu cầu cụ thể trong mẫu đơn này.

Trong hầu hết các trường hợp, cá nhân có quyền truy cập thông tin về họ có trong hồ sơ liên bang và tiểu bang. Sở có thể tính một khoản phí nhỏ để trang trải chi phí sao chép thông tin này. Để biết thêm thông tin hoặc truy cập vào hồ sơ có chứa thông tin cá nhân của quý vị do Sở lưu giữ, hãy liên hệ với những người sau:

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

Nếu quý vị muốn có bản sao giấy về chính sách và hoạt động bảo vệ quyền riêng tư của DHCS hoặc muốn nộp khiếu nại liên quan đến hoạt động bảo vệ quyền riêng tư, quý vị có thể liên hệ với Đơn vị Bảo vệ Dữ liệu của Sở qua thư, email hoặc điện thoại:

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
Điện thoại: (916) 445-4646

Các chính sách của Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe liên quan đến thông tin cá nhân có sẵn trực tuyến trong Thông Báo Về Thực Hành Quyền Riêng Tư Của Sở (<https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx>) và Tuyên Bố Chính Sách Quyền Riêng Tư (<https://www.dhcs.ca.gov/pages/privacy.aspx>).