

**PROGRAMA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES GENÉTICAS
(GHPP) SOLICITUD PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD**

Consulte las instrucciones de las páginas 4, 5 y 6 al rellenar esta solicitud

**Por favor, proporcione toda la información solicitada y devuelva este formulario al GHPP.
POR FAVOR, ESCRIBA A MÁQUINA O CON LETRA DE MOLDE. NO ABREVIAR.**

**Si tiene alguna pregunta sobre cómo rellenar este formulario,
envíe un correo electrónico al GHPP a**

GHPPEligibility@dhcs.ca.gov o llame al 1 (916)

552-9105 o al número gratuito 1 (800) 639-0597.

Sección A: Información personal

1. Nombre (Apellido) (Primero) (Segundo)		2. Otros nombres utilizados		3. Número de Seguro Social (opcional)	
4. Dirección		Ciudad	Condado	Código postal	
4(a). Dirección postal (si es diferente)		Ciudad	Condado	Código postal	
5. Teléfono de día		6. Dirección de correo electrónico			
7. Nombre y apellido de soltera de la madre			8. Idioma		
9. Fecha de nacimiento	10. Lugar de nacimiento: Condado, Estado, País			11. Género	
12. ¿Cuál es su condición de elegibilidad para GHPP?					
13. Raza/Etnia					
14. Nombre del médico que trata su condición elegible de GHPP. Incluya el número NPI si lo conoce.			15. Nombre de su centro de atención especial		
_____			_____		
14(a). Dirección del médico tratante			_____		
14(b). Teléfono de contacto del médico			_____		
_____			_____		
16. Información sobre el poder notarial o el curador (si procede)					
DEBE ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN DE APOYO					
Nombre:			Título:		
_____			_____		
Dirección:			Número de teléfono:		
_____			_____		

Sección B: Información sobre el seguro médico

17. ¿Tiene usted Medi-Cal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
a. Si es Sí, ¿cuál es su número de tarjeta de identificación de beneficiario (BIC)?	
18. ¿Tiene Medicare? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es Sí, ¿cuál es su número de medicare?	
18b. Por favor, marque todos los programas de Medicare en los que esté inscrito: Parte A <input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte C <input type="checkbox"/> Parte D <input type="checkbox"/>	
19. ¿Tiene otro seguro médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
a. Si es Sí: A través de su empleador <input type="checkbox"/> A través de un miembro de la familia <input type="checkbox"/> A través de los beneficios de jubilación <input type="checkbox"/> Compañía de seguros:	
b. Tipo de plan: Proveedor preferente (PPO) <input type="checkbox"/> Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) <input type="checkbox"/> Otros (especifique):	
c. Número de póliza Fecha de inicio de la cobertura:	
d. ¿Quién paga la póliza? Empleador <input type="checkbox"/> Usted mismo <input type="checkbox"/> Empresario y usted mismo <input type="checkbox"/> Otros (especifique)	
e. El Programa de Reembolso de Primas del Seguro Médico (HIPR) puede reembolsar el costo de su cobertura médica de terceros, cuando sea necesario/solicitado. ¿Participa actualmente en el programa HIPR? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es Sí, ¿le gustaría que el programa HIPR siguiera reembolsándole? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si no, desea que se le reembolse las Primas de la cobertura de salud de terceros Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
f. ¿Ha cambiado la información de su seguro desde la última declaración? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es Sí, explique por qué:	
Adjunte una copia de la tarjeta del seguro. Para continuar su participación en el HIPR, presente su solicitud de renovación del GHPP anualmente	
g. Si su empleador le proporciona un seguro médico y decide no participar en el plan de su empleador, indique a continuación el motivo: <input type="checkbox"/> La prima es demasiado cara <input type="checkbox"/> Perdí mi trabajo, tengo derecho a continuar mi cobertura en virtud de COBRA y no puedo pagar la prima del seguro. <input type="checkbox"/> He alcanzado el límite de cobertura de por vida de la cobertura del seguro médico de mi empleador. <input type="checkbox"/> El médico que me atiende no forma parte de la red de proveedores del plan. <input type="checkbox"/> Otros (especifique)	

Sección B: Información sobre el seguro médico

h. Durante los últimos seis meses a partir de la fecha de esta solicitud, ¿ha terminado su empleador o usted mismo el seguro de salud patrocinado por su empleador?

Sí No

Si es Sí, ¿en qué fecha se dio por terminado?

Por favor, indique el motivo a continuación:

- Cambio de situación laboral, incluida la pérdida de empleo.
- Su empleador interrumpió los beneficios de salud a todos los empleados y/o dependientes.
- Un cambio de domicilio a un código postal que no está cubierto por el seguro médico de su empleador.
- Fallecimiento o separación legal/divorcio de la persona a través de la cual se proporcionó el seguro de salud.
- Ha alcanzado el límite de cobertura de por vida del seguro médico del empleador.
- La cobertura estaba bajo una póliza COBRA y el periodo de cobertura COBRA ha terminado.
- Otros (especifique)

20. Usted tiene:

a. Seguro dental Sí No Si es Sí, nombre del plan:

b. Seguro de visión Sí No Si es Sí, nombre del plan:

Sección C: Certificación

(Ponga sus iniciales y firme abajo. Su firma autoriza a GHPP a proceder con su solicitud).

Lea y ponga sus iniciales en cada una de las afirmaciones que aparecen a continuación:

Me dirijo al GHPP para determinar mi derecho a recibir servicios/beneficios. Comprendo que la cumplimentación de esta solicitud no garantiza mi aceptación en el GHPP.

Doy mi 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 cuota de inscripción (si la hubiera).

Doy permiso para que el GHPP deje mensajes relativos a mi participación en el GHPP en mi contestador automático/servicio telefónico designado.

Certifico que he leído esta información, o que me la han leído, y que la entiendo.

Certifico que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender

Firma del solicitante del GHPP o del padre/tutor legal del menor/niño(a): _____		Relación con el(a) hijo(a) menor de edad: _____	Fecha: _____
Si firma con una "X", firma del testigo: _____	Relación del testigo con el solicitante del GHPP: _____	Número de teléfono 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:

- GHPP debe mantener la confidencialidad de esta información.²
- El GHPP puede compartir la información contenida en el formulario con personal autorizado de otros programas de salud y bienestar

Usted tiene derecho a ver su solicitud y los registros del GHPP que le conciernen. Si desea ver estos registros, póngase en contacto con el GHPP a través del correo electrónico GHPPEligibility@dhcs.ca.gov, o llame al 1 (916) 552-9105 o al número gratuito 1 (800) 639-0597. Por ley, la información que usted proporciona al GHPP es conservada por el programa.³

1) Código Civil, Sección 1798.17

2) De acuerdo con la Sección 41670, Título 22 del Código de Reglamentos de California y la Ley de Registros Públicos (Código de Gobierno, Secciones 6250-6255)

3) Sección 123800 y siguientes del Código de Salud y Seguridad de California

Solicitud para determinar la elegibilidad del Programa GHPP

Preguntas sobre orientación sexual e identidad de género para la implementación del Proyecto de ley de la asamblea 959, Ley de Reducción de Disparidades entre Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales (LGBT).

El proyecto de ley de la asamblea 959 (una ley para agregar la Sección 8310.8 al Código de Gobierno, relativa a la recopilación de datos, Capítulo 565, 2015), la Ley de Reducción de Disparidades de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales (LGBT) requiere que el Departamento de Servicios de Salud recopile información voluntaria sobre la orientación sexual y la identidad de género de los solicitantes. Por favor, rellene el siguiente formulario para informarnos sobre el género, la identidad de género, la expresión de género o la orientación sexual del solicitante.

¿Cuál fue su sexo asignado al nacer? (obligatorio)

- Mujer
- Hombre
- Transgénero

¿Cuál es su identidad de género? (opcional)

(marque la casilla que mejor describa su identidad de género actual)

- Mujer
- Hombre
- Transgénero: Transgénero de hombre a mujer:
- Transgénero de mujer a hombre
- No binario (ni hombre ni mujer)
- Otra identidad de género

¿Qué sexo figura en su partida de nacimiento original? (opcional)

- Mujer
- Hombre

¿Cómo se considera? (opcional)

- Heterosexual o hetero
- Gay o lesbiana
- Bisexual
- Homosexual
- Otro orientación sexual
- Desconocida

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR
EL PROGRAMA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES GENÉTICAS (GHPP)
SOLICITUD PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD**

Por favor, escriba claramente para que su solicitud pueda ser procesada lo antes posible.

Complete toda la información solicitada. Si no facilita toda la información solicitada, GHPP no podrá tramitar su solicitud. Si necesita ayuda para rellenar este formulario, póngase en contacto con el GHPP llamando al 1 (916) 552-9105 o al número de teléfono gratuito 1 (800) 639-0597. Una vez completada la solicitud, envíela por correo electrónico a la bandeja de entrada del GHPP

GHPPeligibility@dhcs.ca.gov, envíela por correo a Genetically Handicapped Persons Program MS 4502, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. **RECUERDE FIRMAR Y FECHAR EL FORMULARIO.**

Sección A: Información personal: Incluye la información de identificación y otros datos necesarios para procesar este formulario.

- 1. Nombre:** Escriba su apellido, nombre y la inicial del segundo nombre. **Adjuntar a la solicitud, una prueba de identidad, como una copia de su licencia de conducir o tarjeta de identificación de California.**
- 2. Otro(s) nombre(s) utilizado(s):** Si se le conoce legalmente por cualquier otro nombre, escriba el nombre o nombres.
- 3. Número de Seguro Social (OPCIONAL):** Escriba su número de seguro social de nueve dígitos.
- 4. Dirección:** Escriba el número de la calle de su residencia, el nombre de la calle, el número del apartamento, la ciudad, el condado y el **código postal. No utilice un apartado de correos en este espacio. Adjunte una copia de uno de los siguientes documentos para demostrar su residencia en California. Si no tiene uno de los siguientes elementos, llame al GHPP para hablar de otros elementos aceptables.**

<ul style="list-style-type: none">• Factura actual de servicios públicos de California• Recibo de alquiler o de hipoteca• Documento que demuestre el empleo en California	<ul style="list-style-type: none">• Prueba de que se ha registrado para votar en California• Prueba de inscripción en una escuela de California• Prueba de estar recibiendo asistencia pública de California
---	--

- 4a. Dirección postal:** Escriba su dirección postal, se acepta un apartado de correos.
- 5. Número de teléfono de día:** Escriba el número de teléfono donde se le puede localizar durante el día, incluyendo el código de área.
- 6. Dirección de correo electrónico:** Escriba la dirección de correo electrónico en la que se puede localizar al solicitante.
- 7. Nombre y apellido (de soltera) de la madre:** Escriba el nombre y el apellido (de soltera) de su madre.
- 8. Idioma principal:** Escriba el nombre de la lengua en la que se siente más cómodo(a) comunicándose.

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR
EL PROGRAMA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES GENÉTICAS (GHPP)
SOLICITUD PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD**

Por favor, escriba claramente para que su solicitud pueda ser procesada lo antes posible.

9. **Fecha de nacimiento:** Escriba el mes, el día y el año de su nacimiento.
10. **Lugar de nacimiento:** Escriba el condado y el estado en el que nació. Escriba el país si nació fuera de los Estados Unidos.
11. **Género:** Complete el género del solicitante (hombre o mujer) o consulte la página 4 para proporcionar más información sobre el género, la identidad de género, la expresión de género o la orientación sexual del solicitante.
12. **¿Cuál es su condición elegible para el GHPP?** Escriba la condición que lo califica para **GHPP. A continuación se presenta una lista de condiciones elegibles para el GHPP:**

<ul style="list-style-type: none">• Fibrosis quística• Ataxia de Friedreich• Deficiencia del factor hemofílico (especifique el tipo de factor)• Enfermedad de Huntington• Enfermedad de Joseph• Enfermedad de células falciformes• Talasemia mayor• Trombastenia	<ul style="list-style-type: none">• Trombocitopatía• Von Hippel-Lindau• Enfermedad de Von Willebrand• Enfermedad metabólica (por ejemplo, PKU, Tirosinemia, aminoácidos de cadena ramificada, enfermedad de la orina de jarabe de arce, trastornos del ciclo de la urea, enfermedad de Wilson)• Otra enfermedad metabólica (especifique)
---	--

13. **Raza/etnia:** Escriba la categoría de la siguiente lista que mejor describa su **raza/etnia** principal.

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

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR
EL PROGRAMA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES
GENÉTICAS (GHPP) SOLICITUD PARA DETERMINAR
LA ELEGIBILIDAD**

- 14. Nombre del médico que trata su condición elegible para el GHPP:** Escriba el nombre del médico que trata su condición elegible para el GHPP.
- 14a. Dirección del médico tratante:** Escriba el número de la calle del médico, el nombre de la calle, la ciudad y el condado, y el código postal que trata su condición elegible para el GHPP.
- 14b. Número de teléfono del médico tratante.** Escriba el número de teléfono del médico, incluyendo el código de área que trata
- 15. Nombre de su Centro de Atención Especial.** Escriba el nombre de su Centro de Atención Especial, si lo tiene.
- 16. Información sobre el poder notarial/conservador:** Si ha designado legalmente a alguien para que actúe como su apoderado para la atención médica, o si se ha designado un conservador para usted, escriba el nombre, el título (es decir, poder notarial, curador), la dirección y el número de teléfono de esta persona. **Usted DEBE adjuntar la documentación de la autoridad legal de esta persona para actuar en su nombre si desea que pueda comunicarse con el GHPP en relación con su atención médica.**

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR

EL PROGRAMA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES GENÉTICAS (GHPP) SOLICITUD PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD

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

17. **¿Tiene usted Medi-Cal?** Marque la respuesta correcta (Sí o No).
 - a. **Si es Sí, ¿cuál es su número de tarjeta de identificación de beneficiario (BIC)?**
Escriba su número de identificación BIC de Medi-Cal.
18. **¿Tiene Medicare?** Marque la respuesta correcta (Sí o No).
 - a. **Si es Sí, ¿cuál es su número de Medicare?** Escriba su identificación de Medicare
 - b. **Por favor, marque todos los programas de Medicare en los que está inscrito:**
Marque todos los que correspondan (Partes A, B, C, D).
19. **¿tiene otro seguro médico?** Marque la respuesta correcta (Sí o No).
 - a. **Si es Sí,** marque la respuesta que corresponda a su seguro y escriba el nombre completo de su compañía de seguros (por ejemplo, Kaiser Permanente, Blue Cross of California, etc.).
 - b. **Tipo de plan:** Marque la respuesta que corresponda al tipo de plan que tiene.
NOTA: Si tiene una HMO, PPO o POS, envíe una copia de su folleto de beneficios con su solicitud de GHPP.
 - c. **Número de póliza/fecha de inicio de la cobertura:** escriba el número de su póliza de seguro médico y la fecha de inicio de su cobertura.
 - d. **¿Quién paga la póliza?** Marque la respuesta que corresponda a su póliza. Si marca "Otros", especifique quién paga (por ejemplo, la familia).
 - e. **Cuando sea rentable, el Programa HIPR puede reembolsarle el costo de su cobertura de salud de terceros. ¿Participa actualmente en el programa HIPR?** Marque la respuesta correcta (Sí o No). **Si es Sí, ¿le gustaría que el programa HIPR siguiera reembolsándole?** Marque la respuesta correcta (Sí o No) **Si es No, ¿desea que le reembolsen las primas de la cobertura de salud de terceros?** Marque la respuesta correcta (Sí o No).
 - f. **¿Ha cambiado la información de su seguro?** Si es Sí, explique por qué:
 - g. **Si su empleador proporciona un seguro médico y usted decide no participar en el plan de su empleador:** Marque la respuesta que explique por qué decide no participar. Si marca "Otros", explique por qué.
 - h. **Durante los últimos seis meses a partir de la fecha de esta solicitud, ¿ha terminado su empleador o usted mismo el seguro de salud patrocinado por su empleador?** Marque la respuesta correcta. Si es Sí, incluya la fecha de finalización del seguro y el motivo por el que se ha rescindido. Si marca "Otros", explique por qué.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR

**EL PROGRAMA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES
GENÉTICAS (GHPP) SOLICITUD PARA DETERMINAR LA
ELEGIBILIDAD**

20. Usted tiene:

- a. **¿Seguro dental?** Marque la respuesta correcta (Sí o No). Si es Sí, escriba el nombre del plan.
- b. **¿Seguro de visión?** Marque la respuesta correcta (Sí o No). Si es Sí, escriba el nombre del plan.

Sección C: Certificación: Lea y ponga sus iniciales en las declaraciones que se indican en el formulario. A continuación, firme y feche con tinta, en los espacios previstos. Si firma con una "X", debe tener un testigo que firme en el espacio indicado.

Envíe su solicitud: Envíe la solicitud por correo electrónico a GHPPEligibility@dhcs.ca.gov, o envíe el formulario cumplimentado al GHPP a: Genetically Handicapped Persons Program, MS 4502, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413.

**PROGRAMA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES GENÉTICAS
(GHPP) VERIFICACIÓN INICIAL/ANUAL DE INGRESOS**

Consulte las instrucciones de las páginas 6 a 9 cuando complete esta solicitud

La siguiente información es requerida por el GHPP para determinar el monto de su cuota de inscripción, si la hubiera. La cuota de inscripción se basa en los ingresos brutos familiares del año anterior.

La información sobre sus ingresos se revisa anualmente, por lo que su cuota de inscripción puede cambiar de un año a otro.

Sección A: Información personal			
1. Nombre (Apellido) (Primero) (Inicial del segundo nombre)			2. Número de Seguro Social
3. Dirección (número, calle, apartamento)		Ciudad	Condado
			Código postal
4. Número de teléfono (incluya el Código de área)		5. Dirección de correo electrónico	
Sección B: Verificación de ingresos			
6. Ingreso bruto familiar \$ _____			
7. Enumere las fuentes de datos sobre los ingresos y adjunte copias			

8. Tamaño de la familia _____			
Enumere los miembros de la familia, incluido usted, que dependen de los ingresos familiares			
Nombre _____	Relación _____		
Nombre _____	Relación _____		
Nombre _____	Relación _____		
Nombre _____	Relación _____		

(Utilice papel adicional si necesita más espacio)

**PROGRAMA PARA PERSONAS CON
DISCAPACIDADES GENÉTICAS (GHPP)
VERIFICACIÓN INICIAL/ANUAL DE INGRESOS**

Consulte las instrucciones de las páginas 3 y 4 cuando complete esta solicitud

9. Información sobre el empleo

Nombre de su empleador _____

Número de teléfono del empleador _____

Dirección del empleador _____

Sección C: Información sobre la cuota de inscripción

NOTIFICACIÓN DEL ESTADO DE LA CUOTA DE INSCRIPCIÓN:

- a. Cuando el GHPP haya calculado el monto de su cuota de inscripción, se le enviará una notificación por escrito. El total de la cuota de inscripción se proporcionará en un Acuerdo de cuota de inscripción. El Acuerdo de la cuota de inscripción especificará la cantidad adeudada y dos opciones de pago:
 - i. Una suma global que deberá pagarse a más tardar el sexagésimo día a partir de la fecha de notificación del GHPP, o
 - ii. Dos o tres pagos que deben realizarse a más tardar a los 60, 120 y 180 días de la fecha de notificación del PBPA.
- b. LA FALTA DE PAGO DE LA CUOTA DE INSCRIPCIÓN SEGÚN EL ACUERDO FIRMADO DARÁ LUGAR AL CIERRE DE SU CASO A LOS 61, 121 O 181 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE NOTIFICACIÓN DEL GHPP.

Sección D: Certificación

Lea y ponga sus iniciales en cada una de las afirmaciones que aparecen a continuación:

Entiendo que mi cuota de inscripción, si la hay, se basará en mis ingresos declarados y que mi cuota de inscripción puede cambiar anualmente si mis ingresos cambian.

Doy mi permiso para que el GHPP verifique mis ingresos y/o otras circunstancias que puede ser necesaria para determinar mi cuota de inscripción anual, si la hay.

Certifico que he leído esta información, o que me la han leído, y que la entiendo.

Certifico que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

**PROGRAMA PARA PERSONAS CON
 DISCAPACIDADES GENÉTICAS (GHPP)
 VERIFICACIÓN INICIAL/ANUAL DE INGRESOS**

Consulte las instrucciones en las páginas 3 y 4 cuando complete esta solicitud

**Sección D:
 Certificación**

Lea y ponga sus iniciales en cada una de las afirmaciones que aparecen a continuación:

_____ Entiendo que mi cuota de inscripción, si la hay, se basará en mis ingresos declarados y que mi cuota 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 ser necesarias para determinar mi cuota de inscripción anual, si la hubiera.

_____ Certifico que he leído esta información, o que me la han leído, y que la entiendo.

_____ Certifico que la información que he facilitado en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante/cliente del GHPP o del padre/la madre

Tutor legal del menor / niño(a):

Relación con el
 menor / niño(a):

Fecha:

Si firma con una "X",
 firma del testigo:

Relación del
 testigo con el
 solicitante/cliente
 del GHPP:

Número de teléfono
 del testigo:

Fecha:

Escriba el nombre

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:

- GHPP debe mantener la confidencialidad de esta información.²
- El GHPP puede compartir la información contenida en el formulario con personal autorizado de otros programas de salud y bienestar **sólo** 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, póngase en contacto con el GHPP llamando al 1 (916) 552-9105 o al número gratuito 1 (800) 639-0597. Por ley, la información que usted proporciona al GHPP es conservada por el programa.³

**INSTRUCCIONES PARA
CUMPLIMENTAR EL PROGRAMA PARA
PERSONAS CON DISCAPACIDADES
GENÉTICAS (GHPP) FORMULARIO DE
VERIFICACIÓN DE INGRESOS
INICIAL/ANUAL**

Por favor, escriba claramente para que su solicitud pueda ser procesada lo antes posible.

Por favor, complete cada sección por completo. Si no facilita toda la información solicitada, GHPP no podrá tramitar su solicitud. Si necesita ayuda para rellenar este formulario, póngase en contacto con el GHPP llamando al 1 (916) 552-9105 o al número gratuito 1 (800) 639-0597. Una vez completada la solicitud, envíela por correo electrónico a la bandeja de entrada del GHPP GHPPEligibility@dhcs.ca.gov, o envíela por correo a GHPP MS 4502, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. **RECUERDE FIRMAR Y FECHAR EL FORMULARIO.**

Sección A: Información personal: Incluye la información de identificación y otros datos necesarios para procesar este formulario.

1. **Nombre:** Escriba su apellido, nombre y la inicial del segundo nombre.
2. **Número de Seguro Social (OPCIONAL):** Escriba su número de seguro social de nueve dígitos.
3. **Dirección:** Escriba el número de la calle de su residencia, el nombre de la calle, el número del apartamento, la ciudad, el condado y el código postal. No utilice un apartado de correos.
4. **Número de teléfono:** Escriba el número de teléfono donde se le puede localizar, incluyendo el código de área.
5. **Correo electrónico:** Escriba la dirección de correo electrónico donde se le puede localizar.

Sección B: Verificación de ingresos: Siga las instrucciones para cada número a continuación. Su cuota de inscripción, si la hay, se basará en la información que proporcione.

6. **Ingreso bruto familiar:** Esta es la información que se encuentra en sus formularios de impuestos 1040 y 540. También puede utilizar sus formularios W-2 y/u otros documentos indicados en el punto 7. Debe incluir los ingresos de los miembros de su familia que dependen de los ingresos familiares. Utilice el monto de los ingresos del año anterior. Ejemplos:
 - Si no está declarado en la declaración de impuestos de nadie y obtiene sus propios ingresos, esta es la cantidad que debe declarar.
 - Si está casado(a), debe declarar tanto sus ingresos como los de su cónyuge, aunque los declare por separado.
 - Si vive con un familiar que le declara en su declaración de impuestos, debe utilizar el monto de sus ingresos y aportar copias de sus declaraciones de impuestos.
 - NO tiene que incluir los ingresos de los miembros de su hogar, como los compañeros de piso o los hermanos.

Si tiene preguntas sobre los ingresos que debe declarar, póngase en contacto con el GHPP.

**INSTRUCCIONES PARA
CUMPLIMENTAR EL PROGRAMA PARA
PERSONAS CON DISCAPACIDADES
GENÉTICAS (GHPP) FORMULARIO DE
VERIFICACIÓN DE INGRESOS
INICIAL/ANUAL**

7. **Indique la(s) fuente(s) de datos sobre los ingresos y adjunte copias:** Se trata de los documentos que ha utilizado para calcular el monto indicado en el punto 6. Adjunte una copia de su **formulario de impuestos federales 1040** y cualquiera de los siguientes documentos utilizados para calcular sus ingresos brutos familiares.
- Declaración de ingresos de la Seguridad Social
 - Declaración de ingresos por discapacidad
 - Formularios W-2
 - Talones de pago
 - Otros (especifique)
8. **Tamaño de la familia:** Enumere los miembros de su hogar que dependen de los ingresos familiares. El tamaño de su familia se tiene en cuenta a la hora de calcular la cuota de inscripción. Adjunte una hoja adicional si necesita más espacio.
9. **Información sobre el empleo:** Indique el nombre, el número de teléfono y la dirección de su empleador.

Sección C: Información sobre la cuota de inscripción: Lea esta importante información sobre su cuota de inscripción.

Sección D: Certificación: Lea y ponga sus iniciales en las declaraciones que se indican en el formulario. A continuación, firme y feche con tinta, en los espacios previstos. Si firma con una "X", debe tener un testigo que firme en el espacio indicado.

Envíe su solicitud: Envíe el formulario cumplimentado por correo electrónico a GHPPEligibility@dhcs.ca.gov, o envíelo por correo al GHPP a: Genetically Handicapped Persons Program, MS 4502, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413.

- 1) Código Civil, Sección 1798.17
- 2) De acuerdo con la Sección 41670, Título 22 del Código de Reglamentos de California y la Ley de Registros Públicos de California (Código de Gobierno, Secciones 6250-6255)
- 3) Sección 123800 y siguientes del Código de Salud y Seguridad de California