

**APLICACION PARA DETERMINAR CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA PARA PERSONAS CON CONDICIONES GENÉTICAS (GHPP)**

Al llenar esta aplicación vea las instrucciones en las páginas 3, 4, y 5.

**Proporcione toda la información solicitada y envíe este formulario al GHPP.  
ESCRIBA A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE. NO ABREVIÉ.**

**Si tiene alguna pregunta sobre cómo llenar este formulario,  
llame al GHPP al 1 (916) 327-0470 ó sin cargo al 1 (800) 639-0597.**

**Sección A: Información personal**

1. Nombre (Apellido) (Nombre) (In. 2º nombre)		2. Otro(s) nombre(s) que usó		3. Número del Seguro Social (Opcional)	
4. Dirección (Número, calle, no. de departamento)		Ciudad	Condado		Código postal
4(a). Dirección postal (Si no es la misma que la de arriba)		Ciudad	Condado		Código postal
5. Teléfono durante el día	6. Teléfono durante la noche	7. Nombre y apellido (de soltera) de su madre		8. Idioma primario	
9. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	10. Lugar de nacimiento Condado: Estado: País:			11. Género <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino	
12. ¿Qué condición genética tiene que hace que califique para participar en el programa GHPP?					
13. Raza/etnico					
14. Nombre de su médico de atención primaria (PCP)			15. Número de teléfono de su médico de atención primaria		
14(a). Dirección de su médico de atención primaria					
16. Información sobre el Poder notarial/Tutor administrativo (si corresponde)					
<b>TIENE QUE ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN QUE CONFIRME</b>					
Nombre: _____			Título: _____		
Dirección: _____			Número de teléfono: _____		

**Sección B: Información sobre su seguro de salud**

17. ¿Tiene Medi-Cal? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
a. Si contestó Sí, ¿cuál es el número de la tarjeta de identidad como beneficiario (BIC)? _____	
18. ¿Tiene Medicare?	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> a. Si contestó Sí, ¿cuál es su número de Medicare? _____	
b. Marque todos los programas de Medicare en los que está inscrito:	
Parte A <input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte C <input type="checkbox"/> Parte D <input type="checkbox"/>	

**Sección B: Información sobre su seguro de salud (continuación)**

19. ¿Tiene algún otro seguro de salud? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> a. Si contestó Sí, nombre del plan: _____  b. Tipo de plan: Proveedor preferente (PPO) <input type="checkbox"/> Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____  c. Número de póliza _____ Fecha en que comenzó la cobertura: _____  d. ¿Quién paga la póliza? Su empleador <input type="checkbox"/> Usted mismo <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
20. a. ¿Tiene seguro dental? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si contestó Sí, nombre del plan: _____  b. ¿Seguro de la vista? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si contestó Sí, nombre del plan: _____

**Sección C: Certificación**

**(Escriba sus iniciales y firme abajo. Su firma autoriza al GHPP a seguir adelante con su aplicación.)**

Lea las declaraciones a continuación y escriba sus iniciales:

- \_\_\_ Presento una aplicación al GHPP para determinar si cumplo con los requisitos para obtener servicios/beneficios. Entiendo que llenar esta aplicación no garantiza mi aceptación en el GHPP.
- \_\_\_ Doy permiso para que el GHPP verifique mi residencia, la información sobre mi salud, mi ingreso y/u otras circunstancias que se puedan requerir para determinar si puedo participar en el GHPP, así como la cantidad de la cuota de inscripción que tendré que pagar (si corresponde).
- \_\_\_ Doy permiso para que el GHPP deje mensajes sobre mi participación en el GHPP en el contestador automático/servicio del teléfono que yo designe.
- \_\_\_ Certifico que leí esta información, o que me la leyeron, y que la entiendo.
- \_\_\_ Certifico que la información que proporcioné en este formulario es correcta y verdadera según mi mejor saber y entender.

Firma del solicitante del GHPP o del padre/madre/tutor legal de un menor de edad:  _____	Relación con el 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 requiere que las familias que soliciten servicios reciban información sobre la manera en que el GHPP protege su privacidad.<sup>1</sup>

Para proteger su privacidad:

- El GHPP debe mantener esta información confidencial.<sup>2</sup>
- El GHPP puede compartir la información en el formulario con personal de salud autorizado de otros programas de salud y bienestar sólo si usted firmó un formulario de consentimiento.

Tiene derecho a ver su solicitud y los datos del GHPP que tengan que ver con usted. Si desea ver esos datos, póngase en contacto con el GHPP llamando al 1 (916) 327-0470 ó sin cargo al 1 (800) 639-0597. Por ley, la información que usted da al GHPP es mantenida por el programa.<sup>3</sup>

1) Sección 1798.17 del Código Civil

2) De conformidad con el Título 22 de la Sección 41670 del Código de Reglamentaciones de California y de la Ley de Datos Públicos de California (Secciones 6250-6255 del Código de Gobierno)

3) Sección 123800 et. seq. del Código de Salud y Seguridad de California

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA  
APLICACION PARA DETERMINAR CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN EN EL  
PROGRAMA PARA PERSONAS CON CONDICIONES GENÉTICAS (GHPP)**

Escriba claramente en letra de molde para que su aplicación se pueda procesar lo más rápidamente posible.

Llene cada una de las secciones completamente. Si no proporciona toda la información requerida el GHPP no podrá proceder con su aplicación. Si necesita ayuda para llenar este formulario póngase en contacto con el GHPP llamando al 1 (916) 327-0470 ó sin cargo al 1 (800) 639-0597. Cuando haya llenado la aplicación, envíela por correo al GHPP. **RECUERDE FIRMAR EL FORMULARIO Y PONERLE LA FECHA.**

**Sección A: Información personal:** Esto incluye información de identificación y otra información necesaria para procesar este formulario.

1. **Nombre:** Escriba su apellido, nombre y la inicial de su segundo nombre. **Adjunte prueba de identidad, como una copia de su licencia de manejar de California o de su tarjeta de identidad de California.**
2. **Otro(s) nombre(s) que usa:** Si lo conocen legalmente por algún otro nombre, escriba ese nombre.
3. **Número del Seguro Social (OPCIONAL):** Escriba el número de nueve cifras de su Seguro Social.
4. **Dirección:** Escriba el número de la calle en que vive, el nombre de la calle, el número de su departamento, la ciudad, el condado y el código postal. No use una casilla de correo. **Adjunte una copia de uno de los siguientes para dar prueba de residencia en California.** Si no tienen ninguno de estos documentos, llame al GHPP para hablar sobre otros documentos aceptables.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuenta actual de servicios públicos de California</li> <li>• Recibo del alquiler o de la hipoteca</li> <li>• Documento que demuestre empleo en California</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de inscripción para votar en California</li> <li>• Prueba de inscripción en una escuela de California</li> <li>• Prueba de recibir asistencia pública de California.</li> </ul>
---	---

**4a. Dirección postal:** Escriba su dirección postal. Si prefiere recibir su correspondencia en una casilla postal, escríbala en este espacio.

**5. Número de teléfono durante el día:** Escriba el número de teléfono para ponerse en contacto con usted durante el día, con el código de área.

**6. Número de teléfono durante la noche:** Escriba el número de teléfono para ponerse en contacto con usted durante la noche, con el código de área.

**7. Nombre y apellido (de soltera) de su madre:** Escriba el nombre y apellido (de soltera) de su madre.

**8. Idioma primario:** Escriba el nombre del idioma en el que le resulta más cómodo comunicarse.

**9. Fecha de nacimiento:** Escriba el mes, día y año en que nació.

**10. Lugar de nacimiento:** Escriba el condado y el estado en que nació. Escriba el país si nació fuera de Estados Unidos.

**11. Género:** Marque el género que corresponda (masculino o femenino).

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA  
APLICACION PARA DETERMINAR CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN EN EL  
PROGRAMA PARA PERSONAS CON CONDICIONES GENÉTICAS (GHPP)**

**12. ¿Cuál es la condición genética que hace que califique para participar en el programa GHPP?** Escriba la condición genética que hace que califique para el programa GHPP. La siguiente es una lista de los condiciones genéticas que califican y están cubiertas:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fibrosis quística</li> <li>• Ataxia de Friedreich</li> <li>• Deficiencia de factor de coagulación (especifique el tipo de factor)</li> <li>• Enfermedad de Huntington</li> <li>• Enfermedad de Joseph</li> <li>• Enfermedad de células falciformes</li> <li>• Talasemia mayor</li> <li>• Trombastenia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trombocitopatía</li> <li>• Von Hippel-Lindau</li> <li>• Enfermedad de Von Willebrand</li> <li>• Enfermedad metabólica (como PKU, tirosinemia, aminoácido de cadena ramificada, enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce, problemas médicos del ciclo de la urea, enfermedad de Wilson)</li> <li>• Otras enfermedades metabólicas (especifique)</li> </ul>
---	--

**13. Raza/étnico:** Escriba la categoría de la lista a continuación que mejor describa su raza/étnico primaria.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nativo de Alaska</li> <li>• Asiático Americano</li> <li>• Indígena Americano</li> <li>• Asiático</li> <li>• Asiático de la India</li> <li>• Negro/Afroamericano</li> <li>• Camboyano</li> <li>• Chino</li> <li>• Filipino</li> <li>• Guameño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hawaiano</li> <li>• Hispano/Latino</li> <li>• Japones</li> <li>• Coreano</li> <li>• Laosiano</li> <li>• Samoano</li> <li>• Vietnamita</li> <li>• Blanco</li> <li>• Otro</li> </ul>
--	---

**14. Nombre de su médico de atención primaria:** Escriba el nombre de su médico de atención primaria.

**14a. Dirección de su médico de atención primaria:** Escriba el número de la calle de su médico de atención primaria, el nombre de la calle, la ciudad, el condado y el código postal.

**15. Número de teléfono de su médico de atención primaria:** Escriba el número de teléfono de su médico de atención primaria, con el código de área.

**16. Información sobre el Poder notarial/Tutor administrativo:** Si nombró a alguien legalmente para que actúe como su apoderado para la atención de la salud o si le nombraron un tutor administrativo, escriba el nombre, título (como, con poder notarial o apoderado, o tutor administrativo), la dirección y el número de teléfono de esta persona. **TIENE que adjuntar documentación de la autoridad legal de esta persona para actuar en su nombre si desea que esta persona se pueda comunicar con el GHPP sobre la atención de su salud.**

**Sección B: Información sobre su seguro de salud:** Se considera que el GHPP es el pagador de último recurso. En otras palabras, el GHPP pagará la atención médicamente necesaria de su salud sólo después de que cualquier otra cobertura de salud que usted tenga haya hecho los pagos que le correspondan.

**17. ¿Tiene Medi-Cal?** Marque la respuesta correcta (Sí o No).

**a. Si contestó Sí, ¿cuál es el número de la tarjeta de identidad como beneficiario (BIC)?** Escriba su número de identificación BIC.

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA  
APLICACION PARA DETERMINAR CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN EN EL  
PROGRAMA PARA PERSONAS CON CONDICIONES GENÉTICOS (GHPP)**

**18. ¿Tiene Medicare?** Marque la respuesta correcta (Sí o No).

**a. Si contestó Sí, ¿cuál es su número de Medicare?** Escriba su identificación de Medicare.

**b. Marque todos los programas de Medicare en los que está inscrito:** Marque todo lo que corresponda (Partes A, B, C, D).

**19. ¿Tiene algún otro seguro de salud?** Marque la respuesta correcta (Sí o No).

**a. Si contestó Sí, nombre del plan:** Escriba el nombre completo de su plan de salud (como 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 un HMO o PPO, envíe una copia de su folleto de beneficios junto con su aplicación del GHPP.

**c. Número de póliza/fecha en que comenzó la cobertura:** Escriba el número de la póliza de su seguro de salud y la fecha en que comenzó su cobertura.

**d. ¿Quién paga la póliza?** Marque la respuesta que sea aplicable a su póliza. Si marca "Otro", especifique quién paga (por ejemplo, su familia).

**20. ¿Tiene**

**a. seguro dental?** Marque la respuesta correcta (Sí o No). Si contestó Sí, escriba el nombre del plan.

**b. seguro de la vista?** Marque la respuesta correcta (Sí o No). Si contestó Sí, escriba el nombre del plan.

**Sección C: Certificación:** Lea y escriba sus iniciales en las declaraciones donde se halla indicado en el formulario. Después firme y escriba la fecha con tinta en los espacios provistos. Si firma su nombre con una "X", un testigo tiene que firmar en el lugar indicado.

**Cómo presentar su aplicación:** Envíe por correo el formulario llenado al GHPP a: Genetically Handicapped Persons Program, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413.