

**VERIFICACIÓN INICIAL/ANUAL DEL INGRESO PARA EL  
PROGRAMA PARA PERSONAS CON CONDICIONES GENÉTICAS (GHPP)**

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

**El GHPP requiere la siguiente información para determinar la cantidad de su cuota de inscripción, si corresponde. Su inscripción se basa en el ingreso bruto de su familia del año pasado. La información sobre el ingreso se vuelve a examinar todos los años y, por lo tanto, su cuota de inscripción podría cambiar de un año a otro.**

<b>Sección A: Información personal</b>			
1. Nombre	(Apellido)	(Nombre)	(In. 2º nombre)
_____			2. Número del Seguro Social (Opcional) _____
3. Dirección (Número, calle, no. de departamento)		Ciudad	Condado
_____		_____	_____
4. Teléfono durante el día (Incluya el código de área)		5. Teléfono durante la noche (Incluya el código de área)	
_____		_____	
<b>Sección B: Verificación del ingreso</b>			
6. Ingreso de las ganancias totales de la familia			
\$ _____			
7. Escriba la(s) fuente(s) de los datos de ingreso y adjunte copias			
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
8. Tamaño de la familia _____ Escriba los miembros de la familia, incluyéndose a usted mismo, que dependen del ingreso familiar			
Nombre _____		Relación _____	
Nombre _____		Relación _____	
Nombre _____		Relación _____	
Nombre _____		Relación _____	
(Use hojas adicionales si necesita más espacio)			
9. Información sobre el empleo			
Nombre completo de su empleador _____			
Número de teléfono de su empleador _____			
Dirección de su empleador _____			

**VERIFICACIÓN INICIAL/ANUAL DEL INGRESO PARA EL PROGRAMA PARA PERSONAS CON CONDICIONES GENÉTICAS (GHPP)**

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

**Sección C: Información sobre la cuota de inscripción**

**NOTIFICACIÓN DE LA CUOTA DE INSCRIPCIÓN QUE LE CORRESPONDE:**

a. Cuando el GHPP haya calculado la cantidad de su cuota de inscripción, le enviará una notificación por escrito. La cuota total de inscripción se indicará en un Acuerdo de cuota de inscripción. El Acuerdo de cuota de inscripción especificará la cantidad adeudada y las dos opciones de pago:

- i. todo a la vez, a más tardar dentro de los 60 días a partir de la fecha de la notificación del GHPP o
- ii. dos o tres pagos que se deben hacer a más tardar dentro de los 60, 120 y 180 días a partir de la fecha de la notificación del GHPP.

**b. NO PAGAR LA CUOTA DE INSCRIPCIÓN SEGÚN EL ACUERDO FIRMADO RESULTA EN QUE SE CIERRE SU CASO EL DÍA 61, 121 Ó 180 A PARTIR DE LA FECHA DE LA NOTIFICACIÓN DEL GHPP.**

**Sección D: Certificación**

Lea y escriba sus iniciales para cada una de las declaraciones a continuación:

\_\_\_ Entiendo que mi cuota de inscripción (si corresponde) estará basada en el ingreso que declare y que mi cuota de inscripción podría cambiar todos los años si mi ingreso cambia.

\_\_\_ Doy permiso para que el GHPP verifique mi ingreso y/u otras circunstancias que se puedan requerir para determinar mi cuota de inscripción, si corresponde.

\_\_\_ Certifico que leí esta información, o que me la leyeron, y que la entiendo.

\_\_\_ Certifico que la información que di en este formulario es verdadera y correcta según mi mejor saber y entender.

Firma del solicitante/cliente 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/cliente del GHPP  _____	Número de teléfono del testigo:  _____	Fecha:  _____
Escriba su nombre en letra de molde  _____			

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

Tiene derecho a ver su aplicación y los datos del GHPP que tengan que ver con usted. Si desea ver estos 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>

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL  
FORMULARIO DE VERIFICACIÓN INICIAL/ANUAL DEL INGRESO PARA 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.

**2. Número del Seguro Social (OPCIONAL):** Escriba el número de nueve cifras de su Seguro Social.

**3. 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.

**4. 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.

**5. 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.

**Sección B: Verificación del ingreso:** Siga las instrucciones correspondientes a cada número a continuación. Su cuota de inscripción, si corresponde, estará basada en la información que proporcione.

**6. Ingreso de las ganancias totales de la familia:** Esta es la información que se encuentra en sus formularios de los impuestos 1040 y 540. También puede usar sus formularios W-2 y/u otros documentos indicados abajo en el punto 7. Tiene que incluir el ingreso de los miembros de su familia que dependen del ingreso familiar. Use la cantidad del ingreso del año anterior. Ejemplos:

- Si ninguna persona lo reclama a usted como dependiente en una declaración de impuestos y usted gana su propio dinero, esta es la cantidad que tiene que indicar.
- Si está casado tiene que indicar su ingreso y el ingreso de su cónyuge, incluso si lo presentan declaraciones de impuestos por separado.
- Si vive con un miembro de su familia que lo reclama a usted como dependiente en su declaración de impuestos, usted tiene que usar la cantidad del ingreso de esa persona y presentar copias de las declaraciones de impuestos de esa persona.
- NO tiene que incluir el ingreso de miembros de su vivienda, tales como compañeros de habitación o hermanos.

Si tiene alguna pregunta sobre el ingreso que tiene que reportar, póngase en contacto con el GHPP.

**7. Escriba la(s) fuente(s) de los datos de ingreso y adjunte copias:** Esto quiere decir que el/los documento(s) que usó para calcular las cantidades que figuran en el punto 6. Adjunte una copia de su Formulario de Impuestos Federales 1040 y cualquiera de los documentos a continuación para calcular su ingreso de las ganancias totales familiar.

- Declaración de ingreso del Seguro Social
- Declaración de ingreso por discapacidad
- Formularios W-2
- Talones de cheques de sueldo
- Otro (especifique)

**8. Tamaño de la familia:** Escriba los miembros de su vivienda que dependen del ingreso familiar. El tamaño de su familia se tiene en consideración al calcular su cuota de inscripción. Adjunte otra hoja si necesita más espacio.

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL  
FORMULARIO DE VERIFICACIÓN INICIAL/ANUAL DEL INGRESO PARA EL  
PROGRAMA PARA PERSONAS CON CONDICIONES GENÉTICAS (GHPP)**

**9. Información sobre el empleo:** Escriba el nombre, el número de teléfono y la dirección de su empleador.

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

**Sección D: 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.

- 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 (Código de Gobierno, Secciones 6250-6255)
- 3) Sección 123800 et. seq. del Código de Salud y Seguridad de California