



California Address Confidentiality Program Programa de confidencialidad de direcciones de California

Safe at Home Reproductive Healthcare Enrollment Application Solicitud de inscripción en Atención Médica Reproductiva de Safe at Home

- This application is two pages. This form must be entirely completed with an application assistant at an enrolling agency to be accepted. All sections are required unless otherwise noted.
Esta solicitud tiene dos páginas. Se debe completar totalmente este formulario con un asistente de solicitudes en una agencia de inscripción para que se acepte. Todas las secciones son obligatorias, a menos que se indique lo contrario.
- Contact Safe at Home at (877) 322-5227 with questions related to this application.
Póngase en contacto con Safe at Home al (877) 322-5227 para hacer las preguntas relacionadas con esta solicitud.
- It is a misdemeanor to provide false information on this application. (Gov. Code §6215.2(g))**
Es un delito menor proporcionar información falsa en esta solicitud. (Sección 6215.2(g) del Código de Gobierno).
- The enrolling agency application assistant must mail completed forms and required documents to: Safe at Home, P.O. Box 846, Sacramento, CA, 95812.
El asistente de solicitudes de la agencia de inscripción debe enviar por correo los formularios completos y los documentos requeridos a: Safe at Home, P.O. Box 846, Sacramento, CA, 95812.

SECTION 1: APPLICANT INFORMATION SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

You must provide your full legal name. If you do not have a middle name, write "none."
Debe dar su nombre legal completo. Si no tiene segundo nombre, escriba "ninguno".

First Name: Primer nombre:	Middle Name: Segundo nombre:
Last Name: Apellido:	
Gender: ☐ Male ☐ Female ☐ Non-Binary Género: <u>Masculino</u> <u>Femenino</u> <u>No binario</u>	Date of Birth: / / Fecha de nacimiento:
Preferred Phone Number: () Número de teléfono preferido:	
Email (optional): Correo electrónico (opcional):	
Applicant Type: Tipo de solicitante: ☐ Provider ☐ Employee ☐ Volunteer ☐ Patient ☐ Dependent adults or incapacitated person <u>Proveedor</u> <u>Empleado</u> <u>Voluntario</u> <u>Paciente</u> <u>Adultos dependientes o persona incapacitada</u>	
If also enrolling members that <u>reside in</u> your household, check all that apply: Si además inscribe miembros que <u>viven</u> en su hogar, marque todas las casillas que correspondan: ☐ Minor <u>child or</u> children ☐ Household member <u>Niño o niños menores</u> <u>Miembro del grupo familiar</u>	
If enrolling members in your household, please clearly write full name and birthdate of each and the phone number for adult household members: Si inscribe miembros de su hogar, escriba claramente el nombre completo y la fecha de nacimiento de cada uno y el número de teléfono para los miembros adultos del grupo familiar:	
Do you have a disability for which you need reasonable accommodation to communicate with Safe at Home? ¿Tiene alguna discapacidad por la que necesite adaptaciones razonables para comunicarse con Safe at Home?	
☐ Yes Sí ☐ No No	

CONTINUED ON NEXT PAGE
CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA



If yes, what type? ☐ Hearing ☐ Vision ☐ Other
Si la respuesta es Auditiva Visual Otra
positiva, ¿de qué tipo?

Please describe the reasonable accommodation(s) needed in the space below:
Indique las adaptaciones razonables necesarias a continuación:

- ☐ **Reproductive Healthcare Provider/Employee/Volunteer** have provided documentation showing that the individual is to commence employment or is currently employed as a provider or employee at a reproductive health care services facility or is volunteering at a reproductive health care services facility. (Gov. Code §6215.2(a)(1)(A))
El empleado/proveedor/voluntario de Atención Médica Reproductiva proporcionó documentación que muestra que la persona empezará a trabajar o está actualmente trabajando como proveedor o empleado en un centro de servicios de atención médica reproductiva o es voluntario en uno. (Sección 6215.2(a)(1)(A) del Código de Gobierno).
- If a volunteer, documentation must show length of time the volunteer has committed to working at the facility. (Gov. Code §6215.2(a)(2))
Si se trata de un voluntario, la documentación debe demostrar el tiempo que se ha comprometido a trabajar en el centro. (Sección 6215.2(a)(2) del Código de Gobierno).
- ☐ **Reproductive Healthcare Patients** have provided any police, court or other government agency records or files that show any complaints of the alleged threats or acts of violence. (Gov. Code §6215.2(a)(3)(B))
Los pacientes de Atención Médica Reproductiva han facilitado cualquier registro o expediente policial, judicial o de cualquier otro organismo gubernamental que muestra cualquier denuncia de las supuestas amenazas o actos de violencia. (Sección 6215.2(a)(3)(B) del Código de Gobierno).

SECTION 2: ADDRESS AND CONTACT INFORMATION SECCIÓN 2: DIRECCIÓN E INFORMACIÓN DE CONTACTO

You must provide the residence address where you currently live. Do not provide a post office box or a rented mailbox.

Debe brindar la dirección de residencia donde vive actualmente. No facilite un apartado de correos ni una dirección de buzón alquilado.

Residence Address: Dirección de residencia:		Apartment/Unit: Departamento/unidad:
City: Ciudad:	State: Estado:	ZIP Code: Código postal:
County: Condado:		

You must provide your mailing address if different from your residence address. A post office box or rented mailbox is allowed as your mailing address. Safe at Home will forward your mail to this location. Debe brindar su dirección postal si es diferente a la dirección de residencia. Se admite como dirección postal un apartado de correos o un buzón alquilado. Safe at Home remitirá su correo a esta dirección.

☐ Same as residence address (skip to facility address information)
Es la misma que la dirección de residencia (ir a información de la dirección del centro)

Mailing Address: Dirección postal:		Apartment/Unit: Departamento/unidad:
City: Ciudad:	State: Estado:	ZIP Code: Código postal:

You must provide the name and address of the reproductive healthcare facility where you are a provider, employee, volunteer, or patient.
Debe facilitar el nombre y la dirección del centro de atención médica reproductiva en el que es proveedor, empleado, voluntario o paciente.

CONTINUED ON NEXT PAGE
CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA



Name of reproductive healthcare facility: Nombre del centro de atención médica reproductiva:		
Address: Dirección:		County: Condado:
City: Ciudad:	State: Estado:	ZIP Code: Código postal:

SECTION 3: APPLICANT AGREEMENT/ACKNOWLEDGEMENT
SECCIÓN 3: CONFIRMACIÓN/ACEPTACIÓN DEL SOLICITANTE

Applicants **MUST** agree to and confirm the following to enroll in the program. Please initial each statement and provide a full signature and the date in the space below.
Los solicitantes **DEBEN** aceptar y confirmar lo siguiente para inscribirse en el programa. Ponga sus iniciales en cada declaración y escriba su firma completa y la fecha en el espacio que aparece a continuación.

	I designate the Secretary of State as agent for purposes of service of process and for the purposes of receipt of mail. (Gov. Code §6215.2(a)(4)) Designo a la Secretaria de Estado como agente a efectos de notificación y a efectos de recepción del correo. (Sección 6215.2(a)(4) del Código de Gobierno).
	The Secretary of State may terminate my participation in the Safe at Home program if I am enrolling as a provider, employee, or volunteer and fail to disclose a change in employment, or termination as a volunteer or provider. (Gov. Code §6215.4(b)(5)) La Secretaria de Estado puede ponerle fin a mi participación en el programa Safe at Home si me inscribo como proveedor, empleado o voluntario y no declaro un cambio de empleo o el cese como voluntario o proveedor. (Sección 6215.4(b)(5) del Código de Gobierno).
	The Secretary of State may terminate my participation in the Safe at Home Program and invalidate my authorization card if a service of process document or mail forwarded to the program participant by the Secretary of State is returned as non-deliverable. (Gov. Code §6215.4(b)(4)) La Secretaria de Estado puede ponerle fin a mi participación en el programa Safe at Home e invalidar mi tarjeta de autorización si un documento de notificación o el correo enviado al participante del programa por la Secretaria de Estado se devuelve como no entregable. (Sección 6215.4(b)(4) del Código de Gobierno).
	I understand that if I provide false information, or if I falsely state on an application that disclosure of my address would endanger my safety, the safety of a minor child or children, or the incapacitated person on whose behalf this application is made, or if I knowingly provide false or incorrect information on this application, I may be guilty of a misdemeanor. (Gov. Code §6215.2(g)) Entiendo que si proporciono información falsa, o si declaro falsamente en una solicitud que la revelación de mi dirección pondría en peligro mi seguridad, la seguridad de un niño o niños menores, o de la persona incapacidad en cuyo nombre se hace esta solicitud, o si proporciono a sabiendas información falsa o incorrecta en esta solicitud, seré culpable de un delito menor. (Sección 6215.2(g) del Código de Gobierno).

CONTINUED ON NEXT PAGE
CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA



I am applying for the Safe at Home program because I am a reproductive healthcare service provider, employee, volunteer or patient and I am in fear for my safety, or for that of my family or the incapacitated person on whose behalf this application is made, because of my affiliation with a reproductive health care services facility. (Gov. Code §6215.2(a)(1)(C))
Hago una solicitud para el programa Safe at Home porque soy proveedor, empleado, voluntario o paciente de servicios de atención médica reproductiva y temo por mi seguridad, la de mi familia o la de la persona incapacitada en cuyo nombre se hace esta solicitud, por mi vinculación con un centro de servicios de atención médica reproductiva. (Sección 6215.2(a)(1)(C) del Código de Gobierno).

~or~

~o~

I am applying for the Safe at Home program because I, or the minor or incapacitated person on whose behalf the application is made, have been the target of threats or acts of violence because I obtained or I am seeking to obtain services at a reproductive health care services facility. (Gov. Code §6215.2(a)(3)(A))
Hago una solicitud para el programa Safe at Home porque yo, o el menor o la persona incapacitada en cuyo nombre se presenta la solicitud, hemos sido centro de amenazas o actos de violencia por haber obtenido o tratar de obtener servicios en un centro de servicios de atención médica reproductiva. (Sección 6215.2(a)(3)(A) del Código de Gobierno).

► Signature:
Firma:

Date: / /
Fecha:

SECTION 4: CERTIFIED STATEMENT / RESTRAINING ORDER (Must Select One) SECCIÓN 4: DECLARACIÓN JURADA/ORDEN DE RESTRICCIÓN (debe seleccionar una)

- ☐ Certified Statement by Authorized Representative (Gov. Code §6215.2(b)(1)(B)(i))
Declaración jurada por un representante autorizado (Sección 6215.2(b)(1)(B)(i) del Código de Gobierno).

By signing below, I certify that the reproductive healthcare provider, employee, volunteer, or patient completing this application is or was the target of threats or acts of violence within one year of the date of application.

Al firmar a continuación, certifico que el empleado, proveedor, voluntario o paciente de atención médica reproductiva que completa esta solicitud es o fue centro de amenazas o actos de violencia en un plazo de un año a partir de la fecha de la solicitud.

Name of Reproductive Healthcare Facility:

Nombre del centro de atención médica reproductiva:

Facility Phone Number: () -

Número de teléfono del centro:

Printed Name of Authorized Representative:

Nombre en letra imprenta del representante autorizado:

Job Title:

Puesto laboral:

► Authorized Representative Signature:
Firma del representante autorizado:

Date: / /
Fecha:

CONTINUED ON NEXT PAGE
CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA



☐ Certified Statement by Reproductive Healthcare employee, patient, or volunteer (Gov. Code §6215.2(a)(1)(B)(ii))

Declaración jurada de un empleado, paciente o voluntario de Atención Médica Reproductiva (Sección 6215.2(a)(1)(B)(ii) del Código de Gobierno).

By signing below, I certify that I have been the target of threats or acts of violence or harassment within one year of the date of application because of my association with the reproductive healthcare services facility.

Al firmar a continuación, certifico que he sido centro de amenazas o actos de violencia o acoso en un plazo de un año a partir de la fecha de la solicitud por mi vínculo con el centro de servicios de atención médica reproductiva.

► Signature: Firma:	Date: / / Fecha:
------------------------	-----------------------------

☐ Workplace Violence Restraining Order Attached (Gov. Code §6215.2(a)(1)(B)(iii))
Orden de restricción por violencia en el lugar de trabajo adjunta (Sección 6215.2(a)(1)(B)(iii) del Código de Gobierno).

Attached order must be based upon threats or acts of violence connected to the applicant's affiliation with the reproductive healthcare services facility or the minor or incapacitated person on whose behalf the application is made.

La orden adjunta debe basarse en amenazas o actos de violencia relacionados con el vínculo del solicitante con un centro de servicios de atención médica reproductiva o la persona menor o incapacitada en cuyo nombre se hace la solicitud.

SECTION 5: ENROLLING AGENCY INFORMATION SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DE LA AGENCIA DE INSCRIPCIÓN

This section MUST be completed by an application assistant at a designated enrolling agency with an original signature. If this section is left blank the enrollment form will NOT be accepted.

Un asistente de solicitudes DEBE completar esta sección en una agencia de inscripción designada con una firma original. Si no se completa, NO se aceptará el formulario de inscripción.

Name of Enrolling Agency: Nombre de la agencia de inscripción:		County: Condado:
Address of Enrolling Agency: Dirección de la agencia de inscripción:		Suite/Unit: Suite/unidad:
City: Ciudad:	State: Estado:	ZIP: Código postal:
Enrolling Agency Phone Number: Número de teléfono de la agencia de inscripción:		
Enrolling Agency Email: Correo electrónico de la agencia de inscripción:		
Name of Application Assistant: Nombre del asistente de solicitudes:		
► Applicant Assistant Signature: Firma del asistente de solicitudes:		Date: / / Fecha:

LAST PAGE
ÚLTIMA PÁGINA