



विकासात्मक सेवा विभाग

अटिजम डिभिजन

1000 Washington Street | Boston, MA 02118

अटिजम भएका साना बालबालिकाका परिवारलाई सन्देश

म्यासाचुसेट्स मा अटिजम स्पेक्ट्रम विकार संग निदान 10 वर्ष मुनिका बच्चाहरु संग परिवारका लागि महत्त्वपूर्ण सन्देश अक्टोबर १८, २०२४ देखि नोभेम्बर १, २०२४ सम्म खुला अनुरोध आवेदन अवधि

विकासात्मक सेवा विभाग (DDS) अन्तर्गत अटिजम डिभिजनले बाल अटिजम छुट कार्यक्रम सञ्चालन गर्छ जसले विस्तारित पुनर्स्थापना, शिक्षा (सघन घरेलु सेवा तथा सहायताहरू) नामक सेवा मार्फत उग्र व्यवहार, सामाजिक तथा सञ्चार सम्बन्धी समस्याहरू सहितको व्यवहार देखाउने अटिजम भएका बच्चाहरूलाई सहयोग पुर्याउने व्यक्तिगत हस्तक्षेप प्रदान गर्दछ। यो सेवा बच्चाको घरमा वा अन्य प्राकृतिक स्थानहरूमा तालिमप्राप्त स्वास्थ्यकर्मीको निरीक्षणमा प्रदान गरिन्छ र यो कुल तीन वर्षको लागि उपलब्ध हुन्छ। यस कार्यक्रममा सामुदायिक एकीकरण क्रियाकलाप, पारिवारिक प्रशिक्षण तथा राहत जस्ता सम्बन्धित सहायता सेवाहरू पनि पर्दछ। तीन वर्षको सघन सेवाको समाप्तिमा, बच्चाले बालबालिकाका आवश्यकता पूरा गर्ने पूरक सेवाहरूमा पहुँच पुर्याउन र बालबालिकाको 10 औं जन्मदिन सम्मका लागि बाल अटिजम छुट कार्यक्रमको सघन अंशबाट बाहिरिन मद्दत गर्न सक्दछ।

योग्यता: यस छुट कार्यक्रममा भाग लिनका लागि निम्न मापदण्डहरू पूरा गर्नुपर्दछ:

- बच्चामा अटिजम स्पेक्ट्रम विकार रहेको **निदान भएको पुष्टि** हुनुपर्छ, जुन कुरालाई विकासात्मक विभागद्वारा प्रमाणित गर्न सक्छ।
- बच्चा अझसम्म 10औं जन्मदिन काटिसकेको सकेको हुनुहुँदैन। 9 वर्ष उमेरमा रहेका बालबालिकाहरू सहभागी हुन सक्नेछन्।
- बच्चा मासाचुसेट्स निवासी हुनुपर्छ।
- बच्चाले लागि विकासात्मक सेवा विभागबाट निर्धारण गरेको बौद्धिक अपाङ्गता (ICF/ID) भएका मानिसहरूको लागि दिइने मध्यवर्ती स्याहार केन्द्रका सेवाहरू प्राप्त गर्नको लागि आवश्यक पर्ने स्याहारको स्तर हासिल गरेका छन्।
- परिवार बच्चालाई घर र समुदायमा पाउने सेवाहरू प्राप्त गर्ने विकल्प रोज्दछ।
- बच्चालाई समुदायमा सुरक्षित रूपमा सेवा प्रदान गर्न सकिने हुनुपर्दछ।
- बच्चाका कानूनी रूपमा जिम्मेवार प्रतिनिधि हुनु आवश्यक छ जो कार्यक्रमका सेवा र सहायताहरू निर्देशित गर्न सक्षम छन्।
- परिवारको आयको आधारमा बच्चा MassHealth एजेन्सीले MassHealth मानक कभरेजको लागि योग्य भनी निर्धारण गरिनुपर्छ। **MassHealth का लागि अझसम्म पनि आवेदन नगरेका परिवारहरूले यो बाल अटिजम छुट कार्यक्रमको खुला अनुरोध फाराम पेस गर्ने समयमा आवेदन गर्नुपर्ने छ।** (MassHealth का लागि कसरी आवेदन गर्ने भन्ने बारे निर्देशनहरू अर्को पृष्ठमा दिइएको छ)

सबै छुट सेवाहरू पाउनका लागि उनीहरू कार्यक्रममा सहभागी रहेसम्म बाल अटिजम छुट कार्यक्रमका लागि निर्धारित आर्थिक तथा क्लिनिकल योग्यता मापदण्डहरू निरन्तर पूरा गरिरहनुपर्दछ। बाल अटिजम छुट कार्यक्रमले कार्यक्रमका लागि निर्धारित योग्यता मापदण्ड पुगेका अटिजम स्पेक्ट्रम विकार भएका बालबालिकाहरूलाई उनीहरूको 10औं जन्मदिनसम्म निरन्तर सेवा प्रदान गर्दछ। हाल यस कार्यक्रमले प्रति वर्ष लगभग 500 बालबालिकाहरूलाई सेवा प्रदान गर्न सक्छन्। बाल अटिजम छुट कार्यक्रमले 3 वर्ष उमेरका र प्रारम्भिक हस्तक्षेपबाट बाहिरिँदै गरेका सङ्क्रमणकालीन अवस्थाका बालबालिकाहरूलाई आरक्षित क्षमता (45 राज्यव्यापी स्लटहरू) कायम राख्दछ। हरेक वर्ष कार्यक्रममा समेटिने-बाहिरिनेको संख्या उच्च हुन्छ, त्यसैले हामी खुला स्लटहरू भर्नका लागि यो खुला निवेदन सूचीबाट छनोट गर्दछौं। अटिजम डिभिजनले खुल्ला निवेदन दर्खास्त अवधिभर छुटका लागि आवेदन गर्ने अवसर प्रदान गरिरहेको छ। अटिजम डिभिजनले अक्टोबर 2023 मा अन्तिम पटक यसको खुल्ला निवेदन गरेको थियो।

2024 खुला आवेदन अवधि अक्टोबर 18, 2024 देखि नोभेम्बर 1, 2024 सम्म हुनेछ। कृपया अक्टोबर 18 र नोभेम्बर 1 बीच हुलाक वा इमेल मार्फत खुला अनुरोध आवेदन पठाउन नबर्सनुहोस्। अटिजम डिभिजनले यो म्याद पछि पेश गरिएका आवेदनहरू अस्वीकार गर्नेछ। यदि तपाईंले अक्टोबर 2023 मा अन्तिम खुला आवेदन अवधिमा आवेदन गर्नुभयो भने, तपाईंले 2024 को लागि फेरि आवेदन दिन आवश्यक छ।

खुल्ला निवेदन प्रक्रियामा कसरी सहभागी हुने:

1. **खुला अनुरोध आवेदनको प्रति प्राप्त गर्नुहोस्**

- कृपया खुला अनुरोध आवेदनको प्रति माग्नका लागि आफ्नो स्थानीय अटिजम सहायता केन्द्र (संलग्न गरिएको) लाई सम्पर्क गर्नुहोस्।
- अटिजम सहायता केन्द्रहरूले तपाईंलाई आवेदन फाराम भर्नुमा सहयोग गर्ने छन्।
- सबै फारामहरू DDS को वेबसाइट www.mass.gov/DDS मा पनि 'DDS अटिजम छुट सेवाहरू' ('DDS Autism Waiver Services') अन्तर्गत पोस्ट गरिएको छ।

2. **खुला अनुरोध आवेदन पूरा गर्नुहोस्। तपाईंले निम्न विवरण पेस गर्नुपर्ने छ:**

- तपाईंको बच्चाको जन्म मिति
- तपाईंको बच्चाको सामाजिक सुरक्षा नम्बर
- तपाईंको बच्चाको MassHealth आईडी नम्बर

3. **खुला अनुरोध आवेदन पेस गर्नुहोस्:**

- आवेदनहरू अक्टोबर 18 - नोभेम्बर 1st, 2024 को बीचमा पोस्टमार्क वा मिति छापिएको हुनुपर्छ।
- यस निर्धारित समयवधि बाहिर प्राप्त भएका आवेदनहरू खारेज गरिने छ।
- आवेदन फाराम भर्दा कलमले स्पष्ट रूपमा ठूला अक्षरमा भर्नुहोस्।
- आवेदन फाराममा कलमले हस्ताक्षर गर्नुहोस्।
- प्रति बच्चा एउटा मात्र आवेदन - एक भन्दा बढी आवेदन दिएमा अटिजम डिभिजनले खारेज गर्ने छ।

4. **अटिजम डिभिजनले आफैं/अरूले कार्यालयमै आएर पेस गरेका आवेदनहरू स्वीकार गरिरहेको छैन, आवेदनहरू निम्न ठेगानामा पठाउनुपर्ने छ:**

Department of Developmental Services
Autism Division
Attn: Children's Autism Waiver Program Open Request
1000 Washington Street, Boston, MA 02118

DDS अन्तर्गत अटिजम डिभिजनको प्राथमिकता भनेको बाल अटिजम छुट कार्यक्रमको लागि सहभागिताको निवेदन दिने प्रक्रिया अटिजम भएका भाषिक र सांस्कृतिक रूपमा विविध पृष्ठभूमिबाट आएका परिवार तथा बालबालिकाहरूमा पूर्ण रूपमा पहुँचयोग्य हुने कुरा सुनिश्चित गर्नु हो। सामग्रीहरू अरबी, बर्मेली, चीनियाँ (म्यान्डारिन र क्यान्टोनिज), हाइसियन क्रियोले, केप भर्डियन क्रियोले, पुर्तगाली (युरोपेली), स्पेनी, खमेर, भियतनामी, नेपाली र सोमाली भाषामा उपलब्ध छन्।

सबै सहभागीहरूका लागि अनुवाद र दोभासे सेवा नि:शुल्क उपलब्ध छ।

MassHealth को लागि कसरी आवेदन गर्ने: तपाईं निम्न तरिकामध्ये कुनै एक प्रयोग गरी MassHealth को लागि आफ्नो आवेदन दिन सक्नुहुन्छ:

- यदि तपाईंसँग खाता छ भने, mahealthconnector.org मा साइन इन गर्नुहोस् र MassHealth का लागी आवेदन दिनुहोस्।
- यदि तपाईंसँग खाता छैन भने, सबैभन्दा छिटो हुने तरिका भनेको अनलाइन आवेदन दिनु र mahealthconnector.org मा सुरक्षित अनलाइन खाता सिर्जना गर्नु हो।
- म्यासाचुसेट्सको स्वास्थ्य तथा दन्त कभरेज र खर्च भुक्तानीमा मद्दतका लागि आवेदन पूरा गर्नुहोस् र हस्ताक्षर गर्नुहोस् र यस ठेगानामा पठाउनुहोस्:

Health Insurance Processing Center
P.O. Box 4405
Taunton, MA 02780

वा यसमा फ्याक्स गर्नुहोस्: 1-857-323-8300

- यो नम्बर डायल गरी MassHealth सदस्य ग्राहक सेवा केन्द्रमा फोन गर्नुहोस्: 1-800-841-2900
(TTY: 1-800-497-4648 बहिरा, सुस्तश्रवण, वा बोल्ल नसक्ने मानिसहरूका लागि) वा 1-877-MA ENROLL (877-623-6765)।
- तल सूचीबद्ध 4 MassHealth नामाङ्कन केन्द्रहरू (MEC) मध्ये कुनै एकमा जानुहोस् र आफैं उपस्थित भएर आवेदन दिनुहोस्।

MassHealth नामाङ्कन केन्द्र - Chelsea

45 Spruce Street Chelsea, MA 02150
#1-800-841-2900 TTY 1-888-665-9997

MassHealth नामाङ्कन केन्द्र - Springfield

88 Industry Avenue, Suite D Springfield, MA 01104
#1-800-841-2900 TTY 1-888-665-99

MassHealth नामाङ्कन केन्द्र - Tewksbury

367 East Street Tewksbury, MA 01876
#1-800-841-2900 TTY 1-888-665-9997

MassHealth नामाङ्कन केन्द्र - Taunton

21 Spring Street, Suite 4 Taunton, MA 02780
#1-800-841-2900 TTY 1-888-665-9997

अटिजम छुट कार्यक्रमको बारेमा अतिरिक्त जानकारीका लागि, तल दिइएको तपाईंको स्थानीय अटिजम सहायता केन्द्रमा सम्पर्क गर्नुहोस् वा AutismDivision@mass.gov मा ईमेल गर्नुहोस्। वा यो नम्बर डायल गरी DDS अन्तर्गत अटिजम डिभिजनमा फोन गर्नुहोस्: 617-624-7778।

वेस्टर्न Massachusetts**Pathlight: Autism Connections**

220 Brookdale Drive
Springfield MA 01104 | 413-732-0531

सेन्ट्रल Massachusetts**HMEA: Autism Resource Central**

712 Plantation Street
Worcester, MA 01605 | 508-835-4278

मेट्रो वेस्ट अफ Boston**Autism Alliance of MetroWest (AAMW)**

1881 Worcester Rd, # 100A
Framingham, MA 01701 | 508-652-9900

ग्रेटर Boston**Vinfen**

1208A VFW Parkway
West Roxbury, MA 02132 | 617-206-5038

Norfolk काउन्टी**Lifeworks: The Family Autism Center**

789 Clapboardtree Street
Westwood, MA 02090 | 781-762-4001

साउथइस्टर्न Massachusetts**Community Autism Resources (CAR)**

40-A Dean St,
Taunton, MA 02780 | 508-379-0371

नर्थइस्टर्न Massachusetts**Northeast ARC (NEARC) The Autism Support Center**

100 Independence Way-Suite D3
Danvers, MA 01923 | 978-777-9135

www.mass.gov/DDS-autism-waiver-services

जानकारी निम्न भाषाहरूमा पनि उपलब्ध छन्:

अरबी, बर्मेली, चीनियाँ (म्यान्डारिन र क्यान्टोनिज), हाइसियन क्रियोले, केप भर्डियन क्रियोले, पुर्तगाली (युरोपेली), स्पेनी, खमेर, भियतनामी, नेपाली र सोमाली