إدارة الخدمات التنموية قسم
التوحّد
40 Broad Street, 4th Floor, Boston, MA 02109

رسالة إلى أسر الأطفال الصغار المصابين بالتوحّد

رسالة مهمة لأس ولاية Massachusetts ال
رسة يت لديها أطفال دون سن العا
تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد
ف تة تقديم الطلبات المفتوحة: من 16 أكتوبر 2026 إلى 30 أكتوبر 2026

يدير قسم التوحد التابع لإدارة الخدمات التنموية)DDS(برنامج إعفاءات التوحد للأطفال، والذي يوفر تدخلات فردية مكثفة)بمعدل م رشف لكل طفل(لمساعدة الأطفال المصاب ى بالتوحد ممن يظهرون مشاكل سلوكية واجتماعية وتواصلية حادة، وذلك من خلال خدمة تُعرف باسم "**التأهيل والتعليم الموسع**")خدمات ودعم مكثف داخل الم ن ننل(. تُقدم هذه الخدمة ن يف م ن ننل الطفل أو ن يف بيئات طبيعية أخرى تحت إ رشاف طاقم ط ب مُدرَّب، وتتاح لمدة تصل إلى ثلاث سنوات إجمالً. كما يقدم ال ننامج خدمات دعم ذات صلة مثل أنشطة الدمج المجتم يع، والتدريب الأشي، وخدمات الرعاي ى المؤقتة. و يف ختام السنوات الثلاث من الخدمات المكثفة، يمكن للطفل الاستفادة من خدمات تكميلية تل يب احتياجاته وتساعده نة يف مرحلة الانتقال من المرحلة المكثفة من برنامج إعفاءات التوحد للأطفال، وذلك ح ب بلوغه سن العا رشة.

الأهلية: المتطلبات التالية نضورية للمشاركة ن يف برنامج الإعفاء هذا:

1. يجب أن يكون لدى الطفل **تشخيص مؤكد** باضطراب طيف التوحد، ويخضع هذا التشخيص للتحقق من قبل إدارة الخدمات التنموية.
2. ألا يكون الطفل قد بلغ سن العا رشة بعد. يُسمح بمشاركة الأطفال بدءًا من حدي يب الولادة وح ب سن 9 سنوات. 3. أن يكون الطفل مقيمًا ن يف ولاية Massachusetts.
4. أن يستو ن يف الطفل مستوى الرعاية المطلوبة لتل ى يق الخدمات ن يف مرفق الرعاية المتوسطة للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية)ICF/ ID(وفقًا لتقييم إدارة الخدمات التنموية.
5. أن تختار الأشة تل ق الطفل للخدمات داخل الم ن ننل والمجتمع.
6. أن يكون بالإمكان تقديم الخدمات للطفل بأمان داخل المجتمع.
7. يجب أن يكون للطفل ممثل مسؤول قانونيًا قادر على توجيه الخدمات والدعم الخاص بال ننامج.
8. أن تقر وكالة "MassHealth" بأهلية الطفل للحصول على تغطية "MassHealth العادية"، بناءً على دخل الأشة. **بالنسبة للأس ال يت لم تتقدم بعد بطلب للحصول على MassHealth، يجب عليهم القيام بذلك وقت تقديم استمارة الطلب المفتوح ل رنامج إعفاءات التوحد للأطفال**.)ترد التعليمات الخاصة بكيفية التقديم للحصول على MassHealth ن يف الصفحة التالية(

تش نط جميع الخدمات أن يستمر الطفل ن يف استيفاء متطلبات الأهلية المالية والشيرية ل ننامج إعفاءات التوحد للأطفال طوال ف نة تسجيله.

وسيستمر برنامج إعفاءات التوحد للأطفال ن يف تقديم خدماته للأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد ممن يستوفون معاي ن الأهلية لل ننامج، ح ب بلوغهم سن العا رشة. و ن يف الوقت الراهن، تبلغ الطاقة الاستيعابية لل ننامج حوا يلى 500 طفل سنويًا.

ويحتفظ برنامج إعفاءات التوحّد للأطفال بحصة محجوزة)55 مقعدًا على مستوى الولاية(مخصصة للأطفال ن يف سن الثالثة ممن هم ن يف مرحلة الانتقال من برنامج "التدخل المبكر". ونظرًا لارتفاع معدل دوران المستفيدين ن يف ال ننامج سنويًا، فإننا نعتمد على قائمة الطلبات المفتوحة هذه لسد الشواغر المتاحة. ويتيح قسم التوحّد فرصة للتقدم للانضمام إلى مجموعة المتقدم لى الحالية من خلال ف نة تقديم الطلبات المفتوحة . علمًا بأن قسم التوحّد كان قد عقد آخر ف نة طلبات مفتوحة ن يف أكتوبر 2025.

تمتد ف تة الطلبات المفتوحة لعام 2026 من 16 أكتوبر 2026 إلى 30 أكتوبر 2026. يُرجح التأكد من إرسال استمارة الطلب ع رت ال رتيد العادي، أو ال رتيد الإلك تو نين، أو الفاكس، أو إكماله ع رت الإن تنت خلال الف تة ما ب لى 16 و30 أكتوبر 2026 وسيتجاهل قسم التوحّد أي طلبات تُقدم خارج هذا الإطار الزم ني. لا يقبل قسم التوحّد الطلبات ال ت تُسلم باليد. وإذا كنتم قد قدمتم طلبًا خلال ف تة الطلبات المفتوحة السابقة ن يف أكتوبر 2025، فيجب عليكم إعادة تقديم طلب جديد لعام 2026.

كيفية المشاركة ن يف عملية الطلبات المفتوحة:

1. **الحصول على نسخة من استمارة الطلب المفتوح**
   أ. يُرجح التواصل مع مركز دعم التوحّد الم نح يلي)انظر أدناه(لطلب استمارة الطلب المفتوح. ب. مراكز دعم التوحّد مستعدة لمساعدتك يف إكمال الطلب.
   ج. جميع الاستمارات منشورة أيضًا على الموقع الإلك تنو ن ين لإدارة الخدمات التنموية)DDS(ع ن الرابط: نظرة عامة Mass.gov. موقع |)DDS(على برنامج إعفاءات التوحد للأطفال التابع لإدارة الخدمات التنموية
   د. يُسمح بتقديم استمارة واحدة فقط لكل طفل – وسيتجاهل قسم التوحّد الطلبات المتعددة. ولا يمكن لقسم التوحّد قبول الاستمارات ال ى يب تُسلم باليد..

2. **إكمال استمارة الطلب المفتوح، ستحتاج إلى:**
   أ. تاري••••خ ميلاد الطفل
   ب. رقم الضمان الاجتما يع للطفل
   ج. رقم التعريف الخاص بالطفل ن يف تأمي (MassHealth)

3. **إرسال استمارة الطلب المفتوح: أ. ع**

رت ال رتيد العادي

i. يجب أن تحمل جميع الطلبات ختمًا بريديًا أو ختم تاري••••خ بموعد أقصاه 30 أكتوبر 2026.
   يرج ملء الاستمارة بقلم ح ن والكتابة بخط واضح يرج إرسال
ii. الاستمارة بال نيد إلى:
iii.
DEPARTMENT OF DEVELOPMENTAL SERVICES - AUTISM DIVISION
ATTN: Children's Autism Waiver Program Open Request
40 Broad Street, 4th Floor
Boston, MA 02109

ب. ع رت ال رتيد الإلك تو نين

i. ي يجب إرسال جميع الطلبات ع ن ال نيد الإلك تنو ن ين إلى: DDS-ChildrensAutismWaiverProgram@mass.gov
   يجب إرسال جميع الطلبات مبا رشة من و يلي الأمر/ الو يص فقط
ii. يجب إرسال جميع الطلبات ع ن ال نيد الإلك تنو ن ين خلال الف نة ما ب لى 16 أكتوبر 2026 و 30 أكتوبر 2026
iii. يمكن إكمال الاستمارة إلك تنونيًا أو طباعتها، وملئها بوضوح بقلم ح ن، ثم مسحها ضوئيًا وإرساله ع ن بريد إلك تنو ن ين
iv. يمكن إرسال الاستمارات المرفقة بالتنسيقات التالية **PDF** :)وهو المفضل(، أو **JPG** ب رشط أن تكون واضحة
v. ومقروءة تمامًا ن يف
vi. حال الإكمال باستخدام هاتف ذ يك/جهاز لو يج، يُرج ت ن نيل تطبيق تطبيق مسح ضو ين مجا ن ين وإرسال الاستمارة كملف PDF.

ج. الإكمال ع رت الإن تنت

i. يرج ملء الاستمارة باستخدام الرابط التا يلي : استمارة طلب إبداء الاهتمام المفتوح لعام 2026
ii. يمكن إكمال الاستمارة بمسح رمز الاستجابة الشيعة)QR(.

iii. يجب إكمال جميع الطلبات ع ن الإن ننت خلال الف نة ما ب لى 16 أكتوبر 2026 و 30 أكتوبر 2026

د. د. ع رت الفاكس: إلى الرقم 1-857-323-8379

يُعد التأكد من إتاحة عملية طلب المشاركة ن يف برنامج إعفاءات التوحّد للأطفال بشكل كامل للعائلات والأطفال المصاب لى بالتوحّد من ذوي الخلفيات اللغوية والثقافية المتنوعة، أولوية قصوى لدى قسم التوحّد ن يف إدارة)DDS(. تتوفر المواد باللغات التالية: الأمهرية، والعربية، والصينية)الماندرين والكانتونية(، والكريولية الهايتية، والكريولية الرأس أخ نضية، والفرنسية، وال نتغالية)الأوروبية وال نازيلية(، والروسية، والإسبانية، وال ننكية، والفيتنامية، والنيبالية، والصومالية.

التجمة التحريرية والشفوية متاحة مجانا لجميع المشارك لى.

كيفية التقديم للحصول على تأم لى)MassHealth(: يمكنك التقديم للحصول على "MassHealth" بأي من الطرق التالية:

- إذا كان لديك حساب بالفعل، فقم بتسجيل الدخول إلى https://www.mahealthconnector.org/ والتقديم للحصول على "MassHealth"
- إذا لم يكن لديك حساب، فإن أشع طريقة يه التقديم ع ن الإن ننت وإنشاء حساب إلك نو ن ين آمن على https://www.mahealthconnector.org/.

ملء وتوقيع "استمارة طلب الحصول على التغطية الصحية وطب الأسنان ن يف ماساتشوستس والمساعدة ن يف دفع التكاليف" (Massachusetts Application for Health and Dental Coverage and Help Paying Costs) وإرسالها بال نيد إلى:

Health Insurance Processing Center
P.O. Box 4405
Taunton, MA 02780
أو الفاكس إلى 1-857-323-8300

- اتصل بمركز خدمة أعضاء MassHealth على الرقم 1-800-841-2900

)وللأشخاص الصم أو ضعاف السمع أو ذوي صعوبات النطق، يرج استخدام الهاتف الن يص TTY على الرقم: 1-800-497-4648(أو على الرقم 1-877-MA ENROLL)877-623-6765(.

للمزيد من المعلومات حول برنامج الإعفاء من التوحّد:

- **تفضل بزيارة الموقع الإلك تو نين لإدارة الخدمات التنموية** على برنامج إعفاءات التوحد للأطفال التابع لإدارة الخدمات التنموية)DDS(| موقع Mass.gov.
- **اتصل بمركز دعم التوحّد المح يلى التابع لك)المعلومات أدناه(.**
- **راسلنا ع ورتال رتيد الإلكت ني: DDS-ChildrensAutismWaiverProgram@mass.gov**
- **أو اتصل بقسم التوحّد يف إدارة)DDS(على الرقم 617-624-7778.**

مراكز خدمات التوحد للأطفال التابعة ل إدارة الخدمات التنموية)DDS(:

غرب Massachusetts

Autism Connections, a Program of ServiceNet
11 Village Hill Road
Northampton, MA 01060 | (413) 585-8010

وسط Massachusetts

Autism Resource Center, A Program of Advocates
712 Plantation Street
Worcester, MA 01605 | 508-835-4278

MetroWest

Autism Alliance, A Program of Advocates
1881 Worcester Rd, # 100A
Framingham, MA 01701 | 508-652-9900

Boston الك تي

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

مقاطعة Norfolk

Lifeworks: The Family Autism Center
789 Clapboardtree Street Westwood, MA
02090 | 781-762-4001

جنوب Massachusetts وق

Community Autism Resources (CAR)
40-A Dean St,
Taunton, MA 02780 | 508-379-0371

شمال Massachusetts وق

Northeast ARC (NEARC) The Autism Support Center
100 Independence Way-Suite D3
Danvers, MA 01923 | 978-777-9135