



विकासात्मक सेवा विभाग
अटिजम डिभिजन
40 Broad Street, 4th Floor, Boston, MA 02109

अटिजम भएका साना बालबालिकाका परिवारलाई सन्देश

Massachusetts का 10 वर्षभन्दा कम उमेरका
अटिजम स्टेक्ट्रम डिसअर्डर निदान भएको बच्चा भएका
परिवारहरूका लागि एउटा महत्वपूर्ण सन्देश
खुला अनुरोध आवेदन अवधि: अक्टोबर 16, 2026 देखि अक्टोबर 30, 2026 सम्म

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:

1. बच्चामा अटिजम स्पेक्ट्रम विकार रहेको **निदान भएको पुष्टि** हुनुपर्छ, जुन कुरालाई विकासात्मक विभागद्वारा प्रमाणित गर्न सक्छ।
2. बच्चा अझसम्म 10^{औं} जन्मदिन काटिसकेको सकेको हुनु हुँदैन। 9 वर्ष उमेरसम्मका बालबालिकाहरू सहभागी हुन सक्ने छन्।
3. बच्चा Massachusetts निवासी हुनुपर्छ।
4. 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।
5. परिवारले बच्चालाई घर र समुदायमा पाउने सेवाहरू प्राप्त गर्ने विकल्प रोज्नुपर्दछ।
6. बच्चालाई समुदायमा सुरक्षित रूपमा सेवा प्रदान गर्न सकिने हुनुपर्दछ।
7. बच्चाका कानूनी रूपमा जिम्मेवार प्रतिनिधि हुनु आवश्यक छ जो कार्यक्रमका सेवा र सहायताहरू निर्देशित गर्न सक्षम छन्।
8. 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 10^{औं} 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 (55 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 खुला निवेदन दर्खास्त अवधिभर छुटका लागि आवेदन गर्ने अवसर प्रदान गरिरहेको छ । अटिजम डिभिजनले अक्टोबर 2025 मा अन्तिम पटक यसको खुल्ला निवेदन गरेको थियो ।

2026 खुल्ला निवेदन अवधि अक्टोबर 16, 2026 देखि अक्टोबर 30, 2026 सम्म रहने छ । कृपया अक्टोबर 16 देखि अक्टोबर 30, 2026 सम्ममा हुलाक, इमेलबाट पठाउन वा अनलाइन आवेदन भर्न नबिर्सनुहोस् । अटिजम डिभिजनले यस समय-सीमाभन्दा बाहिर पेस गरिएका निवेदनहरू खारेज गर्ने छ । अटिजम डिभिजनले व्यक्तिगत रूपमा बुझाइएका फारामहरू स्वीकार गर्ने छैन । यदि तपाईंले 2025 अक्टोबरमा अन्तिम पटकको खुल्ला निवेदन आवेदन अवधिमा निवेदन पेस गर्नुभयो भने तपाईंले 2026 को लागि पुनः निवेदन पेस गर्नुपर्ने 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 भर्नमा सहयोग गर्ने छन् ।
- सबै फारामहरू DDS को वेबसाइटमा पनि पोस्ट गरिएको हुन्छ: [DDS बाल अटिजम छुट सेवा कार्यक्रमको सिंहावलोकन | Mass.gov](#) ।
- प्रति बच्चा एउटा मात्र आवेदन - एकभन्दा बढी आवेदन दिएमा अटिजम डिभिजनले खारेज गर्ने छ । अटिजम डिभिजनले कार्यालयमै आई पेस गरिएका फारामहरू स्वीकार गर्न सक्ने छैन ।

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

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

3. खुला अनुरोध आवेदन कसरी पेस गर्ने:

a. हुलाकबाट

- सबै आवेदनहरू अक्टोबर 30, 2026 भित्र पोस्टमार्क गरिएको वा मितिको छाप लगाइएको हुनुपर्छ
- कृपया फाराम भर्दा कलमले स्पष्ट रूपमा ठूला अक्षरमा भर्नुहोस्
- कृपया फाराम यस ठेगानामा पठाउनुहोस्:

DEPARTMENT OF DEVELOPMENTAL SERVICES - AUTISM DIVISION
ATTN: Children's Autism Waiver Program Open Request
40 Broad Street, 4th Floor
Boston, MA 02109

b. इमेलबाट

- सबै आवेदनहरू DDS-ChildrensAutismWaiverProgram@mass.gov मा इमेल गर्नुपर्दछ
- सबै आवेदनहरू सिधै आमाबाबु/अभिभावकबाट मात्र पठाइएको हुनुपर्दछ
- सबै आवेदनहरू अक्टोबर 16, 2026 देखि अक्टोबर 30, 2026 को बिचमा इमेल गर्नुपर्दछ
- फारामहरू विद्युतीय रूपमा भर्न सकिन्छ वा प्रिन्ट गरेर, कलमले स्पष्ट रूपमा भरी स्क्यान गरेर इमेलमा पठाउन पनि सकिन्छ
- संलग्न फारामहरू निम्न ढाँचामा पठाउन सकिन्छ: PDF (रुचाइने), JPG यदि स्पष्ट रूपमा देखिने भए

vi. यदि स्मार्टफोन/ट्याब्लेटमा पूरा गर्दै हुनुहुन्छ भने - एक निःशुल्क स्क्यानर अनुप्रयोग डाउनलोड गर्नुहोस् र PDF फाइल बनाएर पठाउनुहोस् ।

c. **अनलाइन भर्नुहोस्**

- निम्न लिङ्क प्रयोग गरेर आवेदन पूरा गर्न सकिन्छ: 2026 खुला रुचि अनुरोध आवेदन
- QR कोड स्क्यान गरेर आवेदन पूरा गर्न सकिन्छ:



iii. सबै आवेदनहरू अक्टोबर 16, 2026 - अक्टोबर 30, 2026 को बिचमा पूरा गर्नुपर्ने छ

d. यस नम्बरमा फ्याक्स गर्नुहोस्: **1-857-323-8379**

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 अल्बानियाई, अरबी, चिनियाँ (म्यान्डारिन र क्यान्टोनिज), हाइसियन क्रियोले, केप भर्डियन क्रियोले, फ्रेन्च, पुर्तगाली (युरोपेली र ब्राजिलियन), रूसी, स्पेनी, तुर्की, भियतनामी, नेपाली र सोमाली भाषामा उपलब्ध छन् ।

सबै सहभागीहरूका लागि अनुवाद र दोभासे सेवा निःशुल्क उपलब्ध छ ।

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

- तपाईंको खाता छ भने, <https://www.mahealthconnector.org/> मा साइन इन गर्नुहोस् र MassHealth का लागि आवेदन दिनुहोस्
- तपाईंसँग खाता छैन भने, सबैभन्दा छिटो हुने तरिका भनेको अनलाइन आवेदन दिनु र <https://www.mahealthconnector.org/> मा सुरक्षित अनलाइन खाता सिर्जना गर्नु हो
- Massachusetts को स्वास्थ्य तथा दन्त कभरेज र खर्च भुक्तानीमा मद्दतका लागि आवेदन पूरा गरेर हस्ताक्षर गर्नुहोस् र यस ठेगानामा पठाउनुहोस्:
Health Insurance Processing Center
P.O. Box 4405
Taunton, MA 02780
वा यस नम्बरमा फ्याक्स गर्नुहोस्: **1-857-323-8300**
- यो नम्बर डायल गरी MassHealth सदस्य ग्राहक सेवा केन्द्रमा फोन गर्नुहोस्: 1-800-841-2900
(TTY: 1- 800- -623- 4648 बहिरा, सुस्तश्रवण, वा बोल्न नसक्ने मानिसहरूका लागि) वा 1-877-MA ENROLL (877-623-6765) ।

अटिजम छुट कार्यक्रमको बारेमा थप जानकारीका लागि:

- DDS वेबसाइटमा जानुहोस्: **DDS** बाल अटिजम छुट सेवा कार्यक्रमको सिंहावलोकन | [Mass.gov](https://www.mass.gov)
- आफ्नो स्थानीय अटिजम सहायता केन्द्रमा सम्पर्क गर्नुहोस् (विवरण तल दिइएको छ)
- हामीलाई DDS-ChildrensAutismWaiverProgram@mass.gov मा इमेल गर्नुहोस् वा
- DDS को अटिजम डिभिजनलाई 617-624-7778 मा कल गर्नुहोस् ।

DDS बाल अटिज्म सेवा केन्द्रहरू:

वेस्टर्न Massachusetts

Autism Connections, a Program of ServiceNet

11 Village Hill Road
Northampton, MA 01060 | (413) 585-8010

सेन्ट्रल 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

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

साउथवेस्टर्न 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