發展服務部
孤獨症部門
40 Broad Street, 4th Floor, Boston, MA 02109

致孤獨症幼童家長的信息

致 Massachusetts 州十歲以下患孤獨症譜系障礙兒童的家長的重要資訊

公开申请时间：2026 年 10 月 16 日至 2026 年 10 月 30 日

發展服務部（DDS）孤獨症部門負責“兒童孤獨症豁免計畫”，該計畫通過**“擴展訓練、教育”**（強化家庭服務和支援）服務提供一對一干預，幫助表現出嚴重行為、社交和溝通問題的孤獨症兒童。這項服務在經過培訓的臨床工作人員的監督下，在兒童的家中或其他自然環境中提供，總計最長可達三年。該計畫還提供相關的支援服務，如社區融合活動、家庭培訓和暫托。在三年的強化服務結束時，兒童可以獲得滿足其需求的補充服務，並幫助其從“兒童孤獨症豁免計畫”的強化部分過渡出來，直到兒童10歲生日。

資格：以下要求是參與本豁免計畫所必需的：

1. 兒童必須被**確診**為孤獨症譜系障礙，並經發展服務部核實。
2. 兒童還沒到10歲生日。9歲以下的兒童可以參加。
3. 兒童是Massachusetts州的居民。
4. 經發展服務部的評估，兒童符合智力殘障者中級護理機構（ICF/ID）服務所要求的護理水準。
5. 家長選擇讓孩子在家裡和社區接受服務。
6. 孩子必須能夠在社區中安全地接受服務。
7. 兒童必須有一名負責任的法定代表，能夠指導該計畫的服務和支援。
8. 兒童必須經MassHealth機構根據家庭收入確認其符合MassHealth標準保險的資格。**對於尚未申請MassHealth的家庭，必須在提交《兒童孤獨症豁免計畫公開申請表》時完成申請。**（關於如何申請MassHealth的說明請見下頁）

所有服務都要求，孩子在註冊期間應繼續滿足“兒童孤獨症豁免計畫”的財務和臨床資格要求。“兒童孤獨症豁免計畫”將繼續為符合該計畫資格標準的孤獨症譜系障礙兒童提供服務，直到他們 10 歲生日。目前，該計畫每年可為大約 500 名兒童提供服務。

“兒童孤獨症豁免計畫”為 3 歲並脫離早期幹預的兒童保留了預留名額（全州 55 個名額）。該計畫每年的人員流動率都很高，因此，我們從這個公開申請名單中抽取人員來填補空缺。孤獨症部門通過公開申請階段為當前的申請人提供了申請機會。孤獨症部門於 2025 年 10 月舉行了上一次公開申請。

2026 年公开申请时间为 2026 年 10 月 16 日至 2026 年 10 月 30 日。請務必在 2026 年 10 月 16 日至 2026 年 10 月 30 日期間通過郵件、電子郵件或在線填寫的方式完成申請。孤獨症部門將丟棄在此時間範圍之外提交的材料。孤獨症部門不接受親手遞交的申請。如果您在 2025 年 10 月的上次公開申請期內提交了申請，您必須重新提交 2026 年的申請。

如何參與公開申請流程：

1. 獲得一份*公開申請*的副本：

a. 請聯絡您當地的孤獨症支援中心（见下文）索要*公開申請表*。
b. 孤獨症支持中心會幫助您完成申請。
c. 所有表格也發佈在DDS網站上：DDS 兒童孤獨症豁免服務計畫概述 | Mass.gov 。
d. 每個孩子只交一份申請表——孤獨症部門將丟棄多份申請表。孤獨症部門不接受親手遞交的申請。

2. 完成*公開申請表*。您需要：

a. 您孩子的出生日期
b. 您孩子的社會保險號碼
c. 您孩子的MassHealth身份證件号碼

3. 如何提交*公開申請表*。

a. 通過郵件

i. 所有申請表必須在 2026年 10 月 30 日之前加蓋郵戳和日期戳。
ii. 用鋼筆和印刷字體清楚地填寫申請表。
iii. 請將申請表郵寄至：

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

b. 通過電子郵件

i. 所有申請表都必須用電子郵件發送至DDS-ChildrensAutismWaiverProgram@mass.gov。
ii. 所有申請表都必須僅由家長/監護人直接發送
iii. 所有申請表都必須在 2026 年 10 月 16 日至 2026 年 10 月 30 日期間通過電子郵件發送
iv. 申請表可用電子方式填寫，也可打印出來，用鋼筆清楚地填寫，然後掃描到電子郵件裡。
v. 所附表格可用以下格式發送：PDF（首選）、JPG（如果清晰易讀）
vi. 若在智慧手機/平板電腦上完成，可下載免費的掃描應用程式並以PDF 文件形式發送。

c. 在线完成

i. 可通過以下鏈接填寫申請表：2026 公開興趣申請表。
ii. 可通過掃描以下二維碼填寫申請表：

iii. 所有申請都必須在 2026 年 10 月 16 日- 2026 年 10 月 30 日期間在線完成。

d. 傳真至 1-857-323-8379

確保來自不同語言和文化背景的孤獨症家庭和孤獨症兒童都能完全無障礙地參與“兒童孤獨症豁免計畫”的申請流程，這是DDS 孤獨症部門的優先事項。材料有阿姆哈拉語、阿拉伯語、中文（普通話和粵語）、海地克裡奧爾語、佛得角克裡奧爾語，法语、葡萄牙語（歐洲和巴西）、俄語、西班牙語、土耳其文、越南語、尼泊爾語和索馬里語版本。

所有參與者均可獲得免費的筆譯和口譯服務。

如何申請MassHealth：您可以通過以下任一種方式申請MassHealth：

- 如果您有帳戶，請登錄https://www.mahealthconnector.org/ 申請MassHealth。
- 如果您沒有帳戶，最快的方法是線上申請，並在https://www.mahealthconnector.org/上創建一個安全的網上帳戶。
- 填寫並簽署《 Massachusetts 州健康和牙科保險及幫助支付費用申請表》並郵寄至：

  Health Insurance Processing Center
  P.O. Box 4405
  Taunton, MA 02780
  或發傳真至：1-857-323-8300

- 請致電MassHealth 會員客戶服務中心，電話：1-800-841-2900（TTY（短信電話）：1-800-497-4648 供失聰者、聽力障礙或言語障礙者使用）或 1-877-MA ENROLL (877-623-6765)。

欲瞭解“孤獨症豁免計畫”的其它資訊：

- **請訪問 DDS 网站** DDS 兒童孤獨症豁免服務計畫概述| Mass.gov
- **聯繫當地的孤獨症支援中心（資訊如下）**
- **發送電子郵件至：DDS-ChildrensAutismWaiverProgram@mass.gov 或**
- **致電 DDS 的孤獨症部門，電話：617-624-7778。**

DDS 兒童孤獨症服務中心：

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

Massachusetts 州中部
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

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

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

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

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