



## Requerimento para Dispensas de Serviços de Atendimento Comunitário para Pessoas com Lesão Cerebral Adquirida (ABI)

# Dispensa de habilitação residencial

INFORMAÇÕES SOBRE DISPENSA ABI • (866) 281-5602, TTY: (800) 596-1746 • [ABInfo@umassmed.edu](mailto:ABInfo@umassmed.edu)

A Dispensa de habilitação residencial para Lesão Cerebral Adquirida (ABI-RH) está disponível por meio do MassHealth para pessoas que apresentam lesão cerebral adquirida e que tenham vivido em uma instituição de enfermagem ou em um hospital de doenças crônicas ou de reabilitação por, no mínimo, 90 dias consecutivos. A dispensa ABI-RH atende aos membros do MassHealth que precisam de serviços de suporte residencial. Os participantes residirão e receberão serviços de dispensa em ambientes de propriedade do provedor, com equipe e supervisão disponíveis 24 horas por dia, sete dias por semana.

Nome do(a) requerente

Data de nascimento

Qual sexo foi atribuído a você ao nascer? ☐ M ☐ F

Número de Seguro Social (SSN)

Número de ID do MassHealth

Idioma preferencial

Telefone do(a) requerente

Nome da instalação

Data de admissão

Endereço da instalação

Devemos contatar outra pessoa sobre seu requerimento? ☐ Sim ☐ Não

Quem ou qual agência encaminhou você a este programa?

Nome do contato

Telefone para contato

Relacionamento

Endereço para contato

Você pode escolher um representante autorizado para ajudar a requerer ou obter benefícios de saúde. Isso pode ser feito preenchendo o Formulário de Designação de Representante Autorizado do MassHealth (ARD). Para solicitar um formulário ARD, ligue para informações sobre dispensa ABI pelo telefone (866) 281-5602 (TDD/TTY: (800) 596-1746 ou envie e-mail para [ABInfo@umassmed.edu](mailto:ABInfo@umassmed.edu).

A dispensa ABI-N atende aos membros do MassHealth que estiveram vivendo em uma instituição de enfermagem ou em um hospital de doenças crônicas ou de reabilitação por pelo menos 90 dias consecutivos.

Ao assinar este requerimento, declaro que:

- » Espero permanecer na instituição de enfermagem ou no hospital de doenças crônicas ou de reabilitação por 90 dias consecutivos ou por mais tempo;
- » Tenho uma lesão cerebral adquirida; e
- » Sofri a lesão cerebral aos 22 anos de idade ou com mais idade.

Assinatura do(a) requerente ou de representante autorizado(a)

Data

**Envie seu requerimento para**

Waiver Unit  
UMass Chan Medical School  
PO Box 2635  
Worcester, MA 01613

A equipe da unidade de dispensa de lesão cerebral adquirida (ABI) entrará em contato com você quando receber o seu requerimento e dará início ao processo.