

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS (မက်ဆာချူးဆက်ပြည်နယ် အသိုင်းအဝိုင်း)
EXECUTIVE OFFICE OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (ကျန်းမာရေးနှင့် လူသား ဝန်ဆောင်မှု အမှုဆောင်ရုံး)
Department of Developmental Services (ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်မှုဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများဌာန)
The Autism Division (Autism ဌာနစိတ်)
500 Harrison Avenue | Boston, MA 02118



2020ခုနှစ်၊ စက်တင်ဘာလ

ချစ်ခင် လေးစားရပါသော မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူ

သင့်ကလေး/များ အတွက် Autism Waiver အစီအစဉ် တောင်းခံခြင်း လျှောက်လွှာဖိုင်တွဲ ရှိသဖြင့်ဒီစာကို သင်လက်ခံရရှိခြင်း ဖြစ်ပါသည်။ ယခုအချိန်တွင် Autism Division အနေဖြင့် Autism Waiver အစီအစဉ် အတွက် လျှောက်လွှာ စတင်လက်ခံရန် ကာလတစ်ခုကို ပြင်ဆင်လျက် ရှိပါသည်။ ယခုစာလွှာသည် Department of Developmental Services ၏ Autism ဌာနခွဲ အနေဖြင့် Autism Waiver အစီအစဉ် အတွက် လျှောက်ထားမှုများ အချိန်နှင့် တစ်ပြေးညီ မှန်ကန်စေရန်နှင့် အထီးကျန် စိတ်ဝေဒနာ ရှိကြောင်း စစ်ဆေး တွေ့ရှိသည့် ကလေး၏ မိသားစုများ ပူးပေါင်း ပါဝင်နိုင်ဖို့ အခွင့်အလမ်း ပေးရန် ဖြစ်သည်။

သင့်အနေဖြင့် သင့်ကလေး/များကို Autism Waiver အစီအစဉ် အတွက် လျှောက်ထားလိုပါက ယခု စာလွှာတွင် ပူးတွဲထားသည့် စာမျက်နှာ တစ်မျက်နှာ ပါဝင်သော လျှောက်လွှာကို ဖြည့်စွက်ပါ။ ယခင် လျှောက်လွှာ လက်ခံသည့် ကာလက လျှောက်လွှာများကို အသုံးပြုမရနိုင်ပါ။

လျှောက်လွှာ တစ်မျိုးတည်းသာ ပေးပို့ပါ။ ယခု အချိန်တွင် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းများ/အခြား စာရွက်စာတမ်းများ မပူးတွဲပါနှင့်။

လျှောက်လွှာ လက်ခံသည့် ကာလမှာ အောက်တိုဘာ 16 ရက် မှ 31 ရက်အထိဖြစ်သည်။ ထိုရက်စွဲများအတွင်း စာတိုက်ဖြင့် သို့မဟုတ် အီးမေးလ်ဖြင့် လျှောက်လွှာများကို သေချာပေါက် ပေးပို့ပါ။ 2020ခုနှစ်၊ အောက်တိုဘာ 31 ရက်နေ့ နောက်ပိုင်းမှ ပေးပို့လာသည့် လျှောက်လွှာများကို ပယ်ချသွားမည်။

The Waiver အနေဖြင့် သတ်မှတ်ချက်များနှင့် ပြည့်မီသော၊ အထီးကျန် စိတ်ဝေဒနာ ခံစားနေရသော ကလေးများကို ၎င်းတို့၏ အသက် 9 နှစ် ပြည့်သည်အထိ ဝန်ဆောင်မှု ပေးသွားမည်။ ယခု အချိန်တွင် တစ်နှစ်လျှင် ကလေး ၄၀၀ ခန့် ယခု အစီအစဉ်မှ ဝန်ဆောင်မှု ပေးလျက် ရှိပါသည်။ အစီအစဉ်တွင် လူပြည့်တော့မည် ဖြစ်သော်လည်း နှစ်စဉ်နှစ်တိုင်း လူအဝင်အထွက် များပြားသဖြင့် လစ်လပ်နေသော နေရာများအတွက် ယခုကဲ့သို့ လျှောက်လွှာ စာရင်းကို လက်ခံခြင်း ဖြစ်သည်။

The Waiver အစီအစဉ်သည် ကလေးများအတွက် ကျယ်ပြန့်သော ပြန်လည်ထူထောင်ရေး လုပ်ငန်းစဉ်နှင့် ပညာရေး (အထူး အိမ်တွင်း ပံ့ပိုးမှုများ) ကို တစ်ပတ်လျှင်ပျမ်းမျှ 6 နာရီမှ 8 နာရီအထိ ပံ့ပိုးနိုင်သည်။ မိသားစုများအနေဖြင့် လိုအပ်ပါက (သက်သာခွင့်နှင့် ပစ္စည်းများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများ စသည့်)ဖြည့်စွက် ဝန်ဆောင်မှုများကိုလည်း ရရှိနိုင်သည်။ ကလေး၏ အသက် 9 နှစ်ပြည့် မွေးနေ့တွင် Autism Waiver ဝန်ဆောင်မှုများ အဆုံးသတ်ပါသည်။ Waiver ဝန်ဆောင်မှု အားလုံးတွင် ကလေးအနေဖြင့် ငွေကြေးဆိုင်ရာနှင့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ သတ်မှတ်ချက်များ ဆက်လက် ပြည့်မီရန် လိုအပ်သည်။

Autism Waiver အစီအစဉ်အတွက် အောက်ပါ အခြေခံ သတ်မှတ်ချက်များနှင့် ပြည့်မီရန် လိုအပ်ကြောင်း အသိပေးလိုပါသည်။

သတ်မှတ်ချက်များ- ယခု အစီအစဉ်တွင် ပါဝင်မှုအတွက် အောက်ပါ သတ်မှတ်ချက်များနှင့် ပြည့်မီရန် လိုအပ်သည်။-

1. ကလေးအနေဖြင့် Autism Spectrum Disorder အထီးကျန် စိတ်ဝေဒနာ အတည်ပြု စစ်ဆေးချက် ရှိရမည်။
2. ကလေးသည် အသက် 9 နှစ် မပြည့်သူဖြစ်ရမည်။ အသက် 8 နှစ် ကျော်သော ကလေးများ ပါဝင်နိုင်သည်။
3. ကလေး အနေဖြင့် Massachusetts ပြည်နယ် အတွင်း နေထိုင်သူဖြစ်ရမည်။
4. ကလေးသည် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ သတ်မှတ်ချက် စံနှုန်းများကို ပြည့်မီရမည်။
5. မိသားစုသည် အိမ်တွင်နှင့် လူမှု အသိုင်းအဝိုင်းအတွင်းတွင် ကလေးအား ဝန်ဆောင်မှု ရယူရန် သဘောတူနိုင်ရမည်။
6. ကလေးသည် လူမှု အသိုင်းအဝိုင်းအတွင်းတွင် လုံခြုံစွာ ဝန်ဆောင်မှု လက်ခံရယူနိုင်သူ ဖြစ်ရမည်။
7. ကလေးတွင် Waiver ၏ ဝန်ဆောင်မှုများကို ဆုံးဖြတ်ပေးနိုင်သည့် တရားဝင် တာဝန်ယူ ကိုယ်စားပြု တစ်ဦး ရှိရမည်။
8. MassHealth စံနှုန်း လွှမ်းခြုံမှုအတွက် သတ်မှတ်ချက် နှင့် ပြည့်မီသူ သို့မဟုတ် သတ်မှတ်ချက် ပြည့်မီနိုင်သူ ဖြစ်ရမည်။

MassHealth ကို မည်သို့ လျှောက်ထားရမည်နည်း? အောက်ပါ နည်းလမ်းများမှ ကြိုက်နှစ်သက်ရာ နည်းလမ်းဖြင့် MassHealth ကို လျှောက်ထားနိုင်သည်။

1. MAhealthconnector.org တွင် သင်အကောင်အတွင်းသို့ ဝင်ရောက်ပါ။ အကောင့် မရှိသေးပါက အွန်လိုင်း အကောင့်တစ်ခု ဖန်တီးနိုင်သည်။ အွန်လိုင်းမှ လျှောက်ထားခြင်းသည် စာရွက်လျှောက်လွှာကို စာတိုက်ဖြင့် ပေးပို့ခြင်းထက် သင်၏ လွှမ်းခြုံမှုကို ပိုမို မြန်ဆန်စွာ ရရှိနိုင်သည်။
2. သင်ဖြည့်စွက် လက်မှတ်ထိုးထားသော လျှောက်လွှာကို အောက်ပါ လိပ်စာသို့ ပေးပို့ပါ။
Health Insurance Processing Center
P.O. Box 4405
Taunton, MA 02780.
3. သင်ဖြည့်စွက် လက်မှတ်ထိုးထားသော လျှောက်လွှာကို 1-857-323-8300 သို့ ဖက်စ်ဖြင့် ပေးပို့နိုင်သည်။
4. MassHealth ဝန်ဆောင်မှု ဌာန ဖုန်းနံပါတ် 1-800-841-2900 ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။
(နားမကြားသူ၊ အကြား အာရုံ ချို့ယွင်းသူ သို့မဟုတ် စကား မပြောနိုင်ပါက TTY နံပါတ် 1-877-623-7773 ကို ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ) သို့မဟုတ် 1-877-MA ENROLL (1-877-623-6765).
5. လူကိုယ်တိုင် လျှောက်ထားရန် MassHealth Request Center (MEC) သို့သွားပါ။ ကျန်းမာရေး လွှမ်းခြုံမှုနှင့် ကုန်ကျစရိတ်များ ကူညီ ပေးချေရန် MEC လိပ်စာ စာရင်းအတွက် အဖွဲ့ဝင် စာအုပ်ကို ကြည့်ရှုပါ။

တောင်းခံလွှာ လုပ်ငန်းစဉ်တွင် မည်သို့ ပါဝင်နိုင်မည်နည်း -

- ကလေးတစ်ယောက်လျှင် လျှောက်လွှာ တစ်စောင်သာ—လျှောက်လွှာ အများအပြား တင်သွင်းပါက ပယ်ချပါမည်။
 - မိသားစု တစ်ခုတွင် ကလေးများစွာ လျှောက်ထားမည်ဆိုပါက ကလေးတစ်ဦးအတွက် လျှောက်လွှာ တစ်စောင် တင်သွင်းပါ။
- လျှောက်လွှာကို တင်သွင်းခြင်း - စာတိုက်ဖြင့် ပေးပို့ခြင်း
 - လျှောက်လွှာတိုင်းတွင် 2020ခုနှစ် အောက်တိုဘာ 31 ရက်နေ့ မတိုင်ခင်က စာပို့တံဆိပ်/နေ့စွဲ တံဆိပ်တုံး ဖြစ်ရမည်။
 - ယခု ဖောင်ပုံစံကို ဘောပင်ဖြင့် ထင်ရှား ပြတ်သားစွာ ဖြည့်စွက်ပါ
 - လျှောက်လွှာကို ပေးပို့ရန် လိပ်စာ- (The Autism Division မှ လူကိုယ်တိုင် လာရောက် တင်သွင်းသည့် လျှောက်လွှာများကို လက်မခံနိုင်ပါ)

DEPARTMENT OF DEVELOPMENTAL SERVICES
AUTISM DIVISION
ATTN: Autism Waiver Program Open Request
500 Harrison Avenue, Boston, MA 02118

- လျှောက်လွှာကို တင်သွင်းခြင်း - အီးမေးလ်ဖြင့် ပေးပို့ခြင်း
 - လျှောက်လွှာတိုင်းကို AutismDivision@state.ma.us သို့ ပေးပို့ရမည်။
 - လျှောက်လွှာတိုင်းကို မိဘ/အုပ်ထိန်းသူမှသာ တိုက်ရိုက် ပေးပို့ရမည်။
 - လျှောက်လွှာတိုင်းကို 2020 ခုနှစ် အောက်တိုဘာ 16 ရက် မှ 31 ရက်အတွင်း ပေးပို့ရမည်။
 - လျှောက်လွှာများကို တိုက်ရိုက် စာရိုက် ဖြည့်စွက်ခြင်း သို့မဟုတ် ပရင့်ထုတ်ပြီး ထင်ရှား ပြတ်သားစွာ ဖြည့်စွက်ပြီး စကန်ဖတ်ပို့နိုင်သည်။
 - လျှောက်လွှာများကို PDF (ရနိုင်လျှင် ပိုကောင်းသည်)၊ ထင်ရှားသော JPG ဖိုင်ပုံစံများဖြင့် ပေးပို့နိုင်သည်။
 - စမတ်ဖုန်း/တက်ဘလက်ဖြင့် ဖြည့်စွက်ပါက အခမဲ့ စကန်ဖတ် အက်ပ်ကို ဒေါင်းလုပ်လုပ်ပြီး PDF ဖိုင်ပုံစံဖြင့် ပေးပို့ပါ။

အစီအစဉ်တွင် ပါဝင်သူများအတွက် ဘာသာပြန်နှင့် စကားပြန် အခမဲ့ ဝန်ဆောင်မှု ရှိသည်။

DDS ၏ The Autism Divisionတွင် မိသားစုများနှင့် သက်ဆိုင်သောWaiver အစီအစဉ် လျှောက်လွှာများကို ဘာသာစကား မျိုးစုံဖြင့် ရရှိနိုင်သည်။ DDS ဝတ်ဆိုင် သို့မဟုတ် DDS မှ ပံ့ပိုးထားသော Autism ပံ့ပိုးရေး စင်တာ ၇ ခုမှတစ်ဆင့် ဖုန်းခေါ်ဆိုပြီး အာရေဗျ၊ ဗမာ၊ တရုတ် (မန်ဒရင်းနှင့် ကွမ်တုန်း တရုတ်စကား)၊ ဟေသီ၊ Cape Verdean Creole၊ ပေါ်တူဂီ (ဥရောပ)၊ စပိန်၊ ခမာ၊ ဗီယက်နမ်၊ နီပေါနှင့် ဆိုမာလီ ဘာသာစကားတို့ဖြင့် လျှောက်လွှာ မိတ္တူ တစ်စောင် တောင်းဆိုနိုင်သည်။ ယခု အသိပေးစာနှင့် အခြား waiver အချက် အလက်များကို on the DDS ဝတ်ဆိုင် www.mass.gov/DDS ရှိ 'Autism Spectrum Services' နှင့် DDS မှ ပံ့ပိုး ထားသော ပံ့ပိုးရေး စင်တာများတွင် ရရှိနိုင်သည်။ Autism Waiver အစီအစဉ် အကြောင်း ထပ်မံ သိရှိလိုပါက သို့မဟုတ် မေးခွန်းများ ရှိပါက ကျေးဇူးပြုပြီး အီးမေးလ်လိပ်စာ AutismDivision@state.ma.us သို့မဟုတ် Autism Division ဖုန်း 617-624-7518 တွင် ဆက်သွယ်ပါ။