

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS (麻薩諸塞州聯邦)
EXECUTIVE OFFICE OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (美國衛生及公共服務執行辦公室)
Department of Developmental Services (發展服務部)
The Autism Division (自閉症科)
500 Harrison Avenue | Boston, MA 02118



2020 年 9 月

家長或監護人 您好：

您會收到此封信函是因為在我們檔案中有您兒童(們)的自閉症豁免計畫請求表(Autism Waiver Program Request Form)。目前,自閉症科(Autism Division)正準備為自閉症豁免計畫進行全新的開放請求時段。這是為了確保在發展服務部門自閉症科的自閉症豁免計畫申請維持在最新狀態,同時給予新確診兒童的家庭有機會參與。

如果您仍然希望讓您的兒童(們)有機會參與自閉症豁免計畫,請完成隨附此信函的一頁式申請請求表。前次開放請求期間的表格已失效。

請僅發送表格即可。本次請不要附上醫療紀錄或任何其他文件。

開放請求期間為 2020 年 10 月 16 日–2020 年 10 月 31 日。請確保僅在這段期間內以郵寄或電子郵件提出申請。郵戳時間超過 2020 年 10 月 31 日的提交申請自閉症科將不予以受理。

豁免計畫將持續服務擁有自閉症類群障礙且符合豁免計畫標準資格的兒童,直至他們 9 歲生日止。目前該計畫一年約服務 400 名兒童。儘管計畫人數趨近飽和,每年該計畫的參加人員流動率高;因此,我們會從此開放請求名單中抽選名額填補空缺。

豁免計畫讓兒童接受每周平均 6 – 8 小時的擴展適應訓練及教育服務(集中居家支持)。該家庭也得以取得符合他們需求的輔助服務(短期暫替照護和用品及服務等。)自閉症豁免服務會在兒童的 9 歲生日終止。所有豁免服務需要該名兒童持續達到該計畫財務和臨床資格的條件。

提醒您, 以下是自閉症豁免計畫的基本資格條件：

資格： 以下是參加此計畫的必要條件：

1. 兒童必須**確診**擁有自閉症類群障礙
2. 兒童未滿 9 歲(以 9 歲生日當天為準)。年滿 8 歲的兒童得以參加
3. 兒童為麻薩諸塞州的居民
4. 兒童達到臨床資格標準
5. 家庭選擇讓兒童在家中和社區內接受服務
6. 必須能夠在社區中安全地為兒童提供服務
7. 兒童必須有一名法定代表人,能夠指示豁免的服務內容
8. 兒童必須符合 MassHealth 標準承保範圍內的資格或能夠取得該資格

如何申請 MassHealth ? 您可以透過下列任一種方式申請 MassHealth :

1. 在 MAhealthconnector.org 登入您的帳戶。如果您還未有帳戶，可以建立一個線上帳戶。線上申請保險可能比郵寄紙本申請來的快捷。
2. 請將您已填寫並簽署的申請表郵寄至
Health Insurance Processing Center
P.O. Box 4405
Taunton, MA 02780.
3. 請將您已填寫並簽署的申請表傳真至 1-857-323-8300。
4. 請致電 MassHealth 顧客服務中心：1-800-841-2900
(聾啞或聽障人士請撥打 TTY (聽力及語言障礙裝置) : 1-877-623-7773) 或 1-877-MA ENROLL (1-877-623-6765) 。
5. 親自造訪 MassHealth 請求中心 (MEC) 進行申請。MEC 地址列表請查閱健康保險範圍和幫助支付費用 (Health Coverage and Help Paying Costs) 的會員小冊。

如何參加開放請求程序 :

- **每位兒童僅能提出一次申請**—多份申請表將予以捨棄
 - 家庭中如有多名兒童，請為「每位兒童」提交一份申請表
- **提交申請表：採郵寄方式**
 - 所有申請的郵戳或日期戳章不得晚於 2020 年 10 月 31 日
 - 請以原子筆並正楷書寫完成表單
 - 請郵寄至：(自閉症科不接受親自遞交的表單)

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

- **提交申請表：採電子郵件方式**
 - 所有申請必須發信至 AutismDivision@state.ma.us
 - 所有申請必須僅由家長/監護人直接發送
 - 所有申請必須在 2020 年 10 月 16 日–2020 年 10 月 31 日發送
 - 可以以電子或印刷的方式完成表單，請以原子筆清晰地書寫，並掃描夾帶至電子郵件
 - 表單附件可以使用下列格式傳送：PDF (建議)、JPG (如清晰)
 - 如使用智慧型手機/平板填寫—請下載免費的掃描應用程式並以 PDF 檔傳送。

免費為參加者提供翻譯和口譯服務。

DDS 的自閉症科提供多種語言的家庭相關豁免計畫申請表。請前往 DDS 網站或致電 DDS 資助的七間自閉症支持中心任一間索取阿拉伯文、緬甸文、中文 (簡體與繁體)、克里奧爾文、維德角克里奧爾文、葡萄牙文 (歐洲)、西班牙文、柬埔寨文、越南文、尼泊爾文、索馬利亞文的表格。此通知和其他豁免資訊可在 DDS 網站 www.mass.gov/DDS 裡「Autism Spectrum Services 自閉症類群障礙服務」中，和 DDS 資助的自閉症支持中心取得。如需要更多關於自閉症豁免計畫的資訊，或如果您有任何問題，請來信至 AutismDivision@state.ma.us 或致電自閉症科：617-624-7518。