

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS (麻萨诸塞州联邦)
EXECUTIVE OFFICE OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (美国卫生及公共服务执行办公室)
Department of Developmental Services (发展服务部)
The Autism Division (自闭症科)
500 Harrison Avenue | Boston, MA 02118



2020 年 9 月

家长或监护人 您好：

您会收到此封信函是因为在我们档案中有您儿童（们）的自闭症豁免计画请求表（Autism Waiver Program Request Form）。目前，自闭症科（Autism Division）正准备为自闭症豁免计画进行全新的开放请求时段。这是为了确保在发展服务部门自闭症科的自闭症豁免计画申请维持在最新状态，同时给予新确诊儿童的家庭有机会参与。

如果您仍然希望让您的儿童（们）有机会参与自闭症豁免计画，请完成随附此信函的一页式申请请求表。前次开放请求期间的表格已失效。

请仅发送表格即可。本次请不要附上医疗纪录或任何其他文件。

开放请求期间为 2020 年 10 月 16 日–2020 年 10 月 31 日。请确保仅在这段时间内以邮寄或电子邮件提出申请。邮戳时间超过 2020 年 10 月 31 日的提交申请自闭症科将不予以受理。

豁免计画将持续服务拥有自闭症类群障碍且符合豁免计画标准资格的儿童，直至他们 9 岁生日止。目前该计画一年约服务 400 名儿童。尽管计画人数趋近饱和，每年该计画的参加人员流动率高；因此，我们会从此开放请求名单中抽选名额填补空缺。

豁免计画让儿童接受每周平均 6–8 小时的扩展适应训练及教育服务（集中居家支持）。该家庭也得以取得符合他们需求的辅助服务（短期暂替照护和用品及服务等等。）自闭症豁免服务会在儿童的 9 岁生日终止。所有豁免服务需要该名儿童持续达到该计画财务和临床资格的条件。

提醒您，以下是自闭症豁免计画的基本资格条件：

资格： 以下是参加此计画的必要条件：

1. 儿童必须**确诊**拥有自闭症类群障碍
2. 儿童未满 9 岁（以 9 岁生日当天为准）。年满 8 岁的儿童得以参加
3. 儿童为马萨诸塞州的居民
4. 儿童达到临床资格标准
5. 家庭选择让儿童在家中和社区内接受服务
6. 必须能够在社区中安全地为儿童提供服务
7. 儿童必须有一名法定代理人，能够指示豁免的服务内容
8. 儿童必须符合 MassHealth 标准承保范围内的资格或能够取得该资格

如何申请 MassHealth ? 您可以透过下列任一种方式申请 MassHealth :

1. 在 MAhealthconnector.org 登入您的帐户。如果您还未有帐户，可以建立一个在线帐户。在线申请保险可能比邮寄纸本申请来的快捷。
2. 请将您已填写并签署的申请表邮寄至
Health Insurance Processing Center
P.O. Box 4405
Taunton, MA 02780.
3. 请将您已填写并签署的申请表传真至 1-857-323-8300。
4. 请致电 MassHealth 顾客服务中心：1-800-841-2900
(聋哑或听障人士请拨打 TTY (听力及语言障碍装置) : 1-877-623-7773) 或 1-877-MA ENROLL (1-877-623-6765) 。
5. 亲自造访 MassHealth 请求中心 (MEC) 进行申请。MEC 地址列表请查阅健康保险范围和帮助支付费用 (Health Coverage and Help Paying Costs) 的会员小册。

如何参加开放请求程序 :

- **每位儿童仅能提出一次申请**—多份申请表将予以舍弃
 - 家庭中如有多名儿童，请为「每位儿童」提交一份申请表
- **提交申请表：采邮寄方式**
 - 所有申请的邮戳或日期戳章不得晚于 2020 年 10 月 31 日
 - 请以钢笔并正楷书写完成表单
 - 请邮寄至：(自闭症科不接受亲自递交的表单)

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

- **提交申请表：采电子邮件方式**
 - 所有申请必须发信至 AutismDivision@state.ma.us
 - 所有申请必须仅由家长/监护人直接发送
 - 所有申请必须在 2020 年 10 月 16 日–2020 年 10 月 31 日发送
 - 可以以电子或印刷的方式完成表单，请以钢笔清晰地书写，并扫描夹带至电子邮件
 - 表单附件可以使用下列格式传送：PDF (建议)、JPG (如清晰)
 - 如使用智能手机/平板填写–请下载免费的扫描应用程序并以 PDF 档传送。

免费为参加者提供翻译和口译服务。

DDS 的自闭症科提供多种语言的家庭相关豁免计画申请表。请前往 DDS 网站或致电 DDS 资助的七间自闭症支持中心任一间索取阿拉伯文、缅甸文、中文 (简体与繁体)、克里奥尔文、维德角克里奥尔文、葡萄牙文 (欧洲)、西班牙文、柬埔寨文、越南文、尼泊尔文、索马利亚文的表格。此通知和其他豁免资讯可在 DDS 网站 www.mass.gov/DDS 里「Autism Spectrum Services 自闭症类群障碍服务」中，和 DDS 资助的自闭症支持中心取得。如需要更多关于自闭症豁免计画的信息，或如果您有任何问题，请来信至 AutismDivision@state.ma.us 或致电自闭症科：617-624-7518。