

**ក្រដាសស្នាមស្នើសុំកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដែលផ្តល់សេវា
នៅតាមផ្ទះ និងនៅតាមមូលដ្ឋានសហគមន៍របស់ក្រសួងជនពិការ**

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ៖ _____
 (សរសេរឲ្យច្បាស់)
 អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ៖ _____
 ថ្ងៃខែកំណើត៖ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖ _____ / _____ / _____ អត្តលេខ (SSN)៖ _____ / _____ / _____
 តើអ្នកដាក់ពាក្យសុំត្រូវបានកំណត់ដោយក្រសួងជនពិការថាជាជនមានភាពពិការខាងសតិប្រាជ្ញាពិតប្រាកដឬ? បាទ/ចា _____ ទេ
 ឈ្មោះអ្នកអាណាព្យាបាល (ប្រសិនបើមាន)៖ _____
 បុគ្គលដែលត្រូវទាក់ទង៖ _____
 ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ៖ _____
 លេខទូរស័ព្ទ៖ (_____) _____ - _____

សូមអានកម្មវិធីសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដែលផ្តល់ជំនួយសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដែលមានបញ្ហាស្រមៃ (ចូរមើលសេចក្តីរៀបរាប់ពីកម្មវិធីនៅទំព័រម្ខាងទៀត)

1. () **ខ្ញុំកំពុងតែដាក់ពាក្យសុំ កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យរបស់ក្រសួងជនពិការមួយ នៃកម្មវិធីទាំងបី។**
 - ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំជ្រើសយកជំរើសនេះ, ដំបូងខ្ញុំនឹងត្រូវគេវាយតម្លៃសម្រាប់កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃដែលផ្តល់ជំនួយមនុស្សពេញវ័យ ហើយប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានគេរកឃើញថាមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃដែលផ្តល់ជំនួយមនុស្សពេញវ័យនោះ, ខ្ញុំនឹងមិនត្រូវគិតពីកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃរបស់ក្រសួងជនពិការអ្វីផ្សេងទៀតឡើយ។
 - ប្រសិនបើខ្ញុំមិនត្រូវបានគេរកឃើញថាមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃដែលផ្តល់ជំនួយមនុស្សពេញវ័យ, ខ្ញុំនឹងត្រូវគេវាយតម្លៃសម្រាប់កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃរស់នៅក្នុងសហគមន៍។ ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានគេរកឃើញថាមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃរស់នៅក្នុងសហគមន៍, ខ្ញុំនឹងមិនត្រូវគិតពីកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃរបស់ក្រសួងជនពិការអ្វីផ្សេងទៀតឡើយ។
 - ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានគេរកឃើញថាគ្មានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃរស់នៅក្នុងសហគមន៍, ខ្ញុំនឹងត្រូវគេវាយតម្លៃសម្រាប់កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃដែលផ្តល់ជំនួយមានកម្រិតខ្លាំង។
2. () **ខ្ញុំកំពុងតែដាក់ពាក្យសុំ កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃដែលផ្តល់ជំនួយមនុស្សពេញវ័យព្រោះខ្ញុំរស់នៅផ្ទះ, ឬ រស់នៅដោយខ្លួនខ្ញុំ, ឬ នៅផ្ទះផ្សេងទៀត ហើយខ្ញុំត្រូវការយ៉ាងហោចណាស់សេវាអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃមួយ។ ខ្ញុំនឹងមិនត្រូវគិតពីកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃអ្វីផ្សេងទៀតឡើយ។**
3. () **ខ្ញុំកំពុងតែដាក់ពាក្យសុំតែ កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃរស់នៅក្នុងសហគមន៍ប៉ុណ្ណោះព្រោះខ្ញុំត្រូវការជំនួយកម្រិតមធ្យម ដើម្បីរស់នៅដោយខ្លួនខ្ញុំ, ឬ រស់នៅផ្ទះជាមួយគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ឬ ផ្ទះអ្នកដទៃ, ប៉ុន្តែខ្ញុំមិនត្រូវការការមើលថែ 24 ម៉ោងនោះទេ។ ខ្ញុំនឹងមិនត្រូវគិតពីកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃអ្វីផ្សេងទៀតឡើយ។**
4. () **ខ្ញុំកំពុងតែដាក់ពាក្យសុំតែ កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃដែលផ្តល់ជំនួយមានកម្រិតខ្លាំងព្រោះខ្ញុំត្រូវការការមើលថែ 24 ម៉ោង។ ខ្ញុំនឹងមិនត្រូវគិតពីកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃអ្វីផ្សេងទៀតឡើយ។**

សេចក្តីថ្លែងដែលជ្រើសរើស

ខ្ញុំ _____ (អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬ អាណាព្យាបាល) ជ្រើសរើសដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃរបស់មនុស្សពេញវ័យដែលផ្តល់សេវានៅតាមផ្ទះ និងនៅតាមមូលដ្ឋានសហគមន៍ និងរស់នៅ ហើយទទួលសេវារបស់ខ្ញុំនៅក្នុងសហគមន៍ ជាជាងនៅក្នុងកន្លែងមើលថែទាំជាមធ្យមសម្រាប់ជនពិការខាងសតិប្រាជ្ញា (ICF/ID)។

ហត្ថលេខា៖ _____

កាលបរិច្ឆេទ៖ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) _____ / _____ / _____

បំពេញក្រដាសស្នាមនេះ ហើយផ្ញើទៅឲ្យ៖

**Department of Developmental Services
 Waiver Management Unit
 1000 Washington St.
 Boston, MA 02118
 www.mass.gov/dds**

**MASSACHUSETTS DEPARTMENT OF
DEVELOPMENTAL SERVICES**



**Executive Office of Health and Human Services
Kathleen E. Walsh, Secretary
Department of Developmental Services
Jane F. Ryder, Commissioner**

**ក្រសួងសុខាភិបាលស្នើសុំកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃរបស់មនុស្សពេញវ័យដែលផ្តល់សេវា
នៅតាមផ្ទះ និងនៅតាមមូលដ្ឋានសហគមន៍របស់ក្រសួងជនពិការ**

ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យរបស់ក្រសួងជនពិការ អ្នកត្រូវតែ៖

ជាមនុស្សមានភាពពិការផ្នែកសតិប្រាជ្ញា ដូចក្រសួងជនពិការបានកំណត់
ជួបតម្រូវការដែលជាប់ទាក់ទងនឹងសុខភាព,
មានអាយុយ៉ាងហោចណាស់ 22 ឆ្នាំ ឬ ច្រើនជាងនេះ,
ជួបតម្រូវការរបស់សហព័ន្ធ សម្រាប់សេវាអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃ រួមទាំងមានសិទ្ធិឲ្យចូលទៅកន្លែងមើលថែទាំជាមធ្យម សម្រាប់ជនពិការខាងសតិប្រាជ្ញា— នៅក្នុងរដ្ឋ
ម៉ាសាឈូសិត, កន្លែងមើលថែទាំជាមធ្យម សម្រាប់ជនពិការខាងសតិប្រាជ្ញា គឺជាគ្រឹះស្ថានមួយដ៏ធំ,
ជ្រើសរើសទទួលសេវារបស់អ្នកនៅក្នុងសហគមន៍ ជាជាងនៅក្នុងគ្រឹះស្ថាន, និង
បានវាយតម្លៃដើម្បីត្រូវការសេវាអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃមួយ ឬ ច្រើន។

មានកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យបីប្រភេទខុសៗគ្នា៖

កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ គឺសម្រាប់បុគ្គលដែលអាចរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់គេ ឬ រស់នៅក្នុងផ្ទះជាមួយគ្រួសារ ដោយសារតែ
ភាពផ្សំនៃសេវាធម្មជាតិ/ក្រៅផ្លូវការ, សេវាតាមប្រភេទ និងសេវា មេឌីខេត មានភាពខ្លាំង។

កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃរស់នៅក្នុងសហគមន៍ គឺសម្រាប់បុគ្គលដែលអាចរស់នៅក្នុងផ្ទះជាមួយគ្រួសាររបស់គេ ឬ រស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់មនុស្ស
ដទៃទៀត, ហើយខ្ញុំមិនត្រូវការការមើលថែ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ, ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ដោយសារតែភាពផ្សំនៃសេវាធម្មជាតិ, សេវាតាមប្រភេទ
និងសេវា មេឌីខេត។

កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃដែលផ្តល់ជំនួយមានកម្រិតខ្លាំង គឺសម្រាប់បុគ្គលដែលត្រូវការការមើលថែ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ, ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍,
នៅក្រៅផ្ទះរបស់គេ ឬ នៅក្រៅផ្ទះរបស់គ្រួសារគេ ដោយសារតែត្រូវការជំនួយផ្នែកចរិយា, ព្យាបាល និង/ឬ រាងកាយយ៉ាងដុំកំភួន ហើយអវត្តមាននៃ
សេវាអាចរកបាន, សេវាធម្មជាតិ, សេវាតាមប្រភេទ និងសេវា មេឌីខេត។

ការិយាល័យប្រចាំតំបន់របស់ក្រសួងជនពិការ

**Northeast : Hogan Regional Center, P0 Box A, Hathorne, MA 01937
Kelly D. Lawless, នាយកប្រចាំតំបន់ (978) 774-5000**

**Central West: 140 High Street, Suite 301, Springfield, MA 01105
Anthony Keane, នាយកប្រចាំតំបន់ (413) 205-0800**

**Metro: 465 Waverley Oaks Rd., Suite 120, Waltham, MA 02452
Gail Gillespie, នាយកប្រចាំតំបន់ (781) 314-7500**

**Southeast: 151 Campanelli Dr., Suite B, Middleboro, MA 02346
Richard O'Meara, នាយកប្រចាំតំបន់ (508) 866-5000**