

**Форма для взрослых на программу DDS по
обслуживанию дома и в обществе.**

Имя заявителя: _____

(Печатным шрифтом)

Адрес заявителя: _____

Дата рождения: (месяц/день/год): ____/____/____ Социальный Номер: ____/____/____

Был ли заявитель признан DDS подходящим на эту программу по причине умственного нездоровья?

___Да ___Нет

Имя попечителя (если такой имеется) _____

К кому обращаться: _____

Отношение к заявителю: _____

Телефон для контакта: (_____) _____ - _____

ПОЖАЛУЙСТА ОТМЕТТЕ ОДИН ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЧЕТЫРЕХ ВАРИАНТОВ:(см на обороте описане программ)

1. () Я подаю заявление на любую из трех программ **DDS Adult Waiver**.
 - Я понимаю , что если я выбираю этот вариант я сначала должен узнать подхожу ли я на программу Adult Supports Waiver и если подхожу я не буду подавать на любую другую программу DDS.
 - Если же я не подхожу на эту программу the Adult Supports Waiver Program возможно я могу подать на Community Living Waiver Program. Если я подхожу для получения Community Living Waiver Program, Я не буду подавать на любую другую программу DDS.
 - Если я не подхожу на программу Community Living Waiver Program, я буду рассмотрен для получения программы Supports Waiver Program.
2. () Я подаю только на **Adult Supports Waiver Program** . нужен хотя бы один вид обслуживания по программе. Я не буду подавать на любую другую программу.
3. () Я подаю только на **Community Living Waiver Program** потому , что мне нужна небольшая помощь по уходу для того, чтобы я мог проживать один или в доме моей семьи или в любом другом доме, и мне не нужно 24 часовое обслуживание. Я не буду подавать на любую другую программу
4. () Я подаю только на **Intensive Supports Waiver Program** потому что мне необходимо 24 часовое обслуживание. Я не буду подавать на любую другую программу

Заявление о выборе

Я _____ (Заявитель или попечитель) выбираю программу Home and Community-Based Services Adult Waiver Programs и хочу проживать дома и в обществе, а не в Специальных Учреждениях по уходу для людей с проблемами умственного и физического развития Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disability

Подпись: _____

Дата: (месяц/день/год) ____/____/____

Заполните эту форму и отправте по адресу:

**Department of Developmental Services
Waiver Management Unit
1000 Washington Street
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**

**Форма для взрослых на программу DDS по
обслуживанию дома и в обществе**

Для того , чтобы подходить на программы DDS Adult Waiver вы должны:

Быть человеком с интеллектуальными проблемами развития, подтвержденными DDS;
Подходить по всем медицинским требованиям;
Быть 22 года или старше;
Подходить по всем федеральным условиям для получения обслуживания или помещения вас в специальное учреждение по уходу для людей с проблемами умственного и физического развития Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disability (ICF/ID) в штате Массачусетс.
Выбрать обслуживание на дому а не в специальном учреждении; и
Быть обследованным для получения одного или нескольких видов услуг.

Три вида программы DDS Adult Waiver Programs:

Программа **Adult Supports Waiver Program** предназначена для людей , которые могут проживать одни или со своей семьей дома при условии получения комбинированных услуг и обслуживания как медицинского так и по уходу.

Программа **Community Living Waiver Program** предназначена для людей, которые могут проживать дома с семьей или дома с кем –либо и не нуждаются в 24 часовом обслуживании 7 дней в неделю при условии получения комбинированных услуг и обслуживания как медицинского так и по уходу.

Программа **Intensive Waiver Program** предназначена для людей, которым необходимо 24 часовое обслуживание 7 дней в неделю,вне их дома и семьи из за значительных проблем в поведении и здоровье, отсутствии медицинского и физического ухода

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОФИСЫ DDS

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

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

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

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