

**DDS - ĐƠN XIN GIA NHẬP CÁC CHƯƠNG TRÌNH WAIVER
SỐNG TẠI NHÀ VÀ TRONG CỘNG ĐỒNG CHO NGƯỜI LỚN**

Tên của người đứng đơn: _____

(viết chữ in rõ ràng)

Địa chỉ của người đứng đơn: _____

Ngày sinh: (tháng/ngày/năm): ____/____/____ Số An Ninh Xã Hội: ____/____/____

Người đứng đơn có được DDS xác định là người hợp lệ bị thiếu năng trí tuệ không? ☐ Có ☐ Không

Tên của Giám hộ (nếu có): _____

Tên người để liên lạc: _____

Liên hệ với người đứng đơn: _____

Điện thoại của người để liên lạc: (_____) _____ - _____

HÃY ĐÁNH DẤU MỘT TRONG BỐN LỰA CHỌN SAU ĐÂY: (xem mô tả các chương trình ở trang sau)

1. ☐ Tôi xin vào một trong 3 Chương Trình *Waiver* Cho Người Lớn của DDS.
 - Tôi hiểu nếu tôi muốn sự lựa chọn này tôi sẽ được đánh giá cho Chương Trình *Waiver* Hỗ Trợ Người Lớn và nếu thấy hợp lệ, tôi sẽ không được xét cho các chương trình khác của DDS.
 - Nếu tôi không hợp lệ cho Chương Trình *Waiver* Hỗ Trợ Người Lớn, tôi sẽ được đánh giá cho Chương Trình *Waiver* Sống Trong Cộng Đồng. Nếu thấy hợp lệ cho chương trình này, tôi sẽ không được xét cho các chương trình khác.
 - Nếu thấy tôi không hợp lệ cho Chương Trình *Waiver* Sống Trong Cộng Đồng thì tôi sẽ được xét cho Chương Trình *Waiver* Hỗ Trợ Tập Trung.
2. ☐ Tôi chỉ xin vào Chương Trình *Waiver* Hỗ Trợ Người Lớn bởi vì tôi sống ở nhà, hoặc nhà của tôi, hoặc tại một nhà khác và tôi cần ít nhất là một dịch vụ *waiver*. Tôi sẽ không được xét cho một chương trình *waiver* nào khác.
3. ☐ Tôi chỉ xin vào Chương Trình *Waiver* Sống Trong Cộng Đồng vì tôi cần một mức hỗ trợ vừa phải để sống tại nhà của mình hoặc nhà của gia đình hay nhà của người khác, nhưng tôi không bắt buộc phải được giám sát 24 tiếng. Tôi sẽ không được xét cho một chương trình *waiver* nào khác.
4. ☐ Tôi chỉ xin vào Chương Trình *Waiver* Hỗ Trợ Tập Trung vì tôi cần được giám sát 24 tiếng. Tôi sẽ không được xét cho một chương trình *waiver* nào khác.

TUYÊN BỐ VỀ SỰ LỰA CHỌN

Tôi _____ (người đứng đơn hay giám hộ) chọn nộp đơn xin vào các Chương Trình *Waiver* Sống Tại Nhà và Trong Cộng Đồng Cho Người Lớn, sống và nhận các dịch vụ tại cộng đồng thay vì tại một Nhà Chăm Sóc Trung Cấp dành cho các cá nhân bị thiếu năng trí tuệ (ICF/ID)

CHỮ KÝ: _____

NGÀY: (month/day/year) ____/____/____

Điền mẫu đơn này
và
gửi đến:

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**

***DDS - ĐƠN XIN GIA NHẬP CÁC CHƯƠNG TRÌNH WAIVER
SỐNG TẠI NHÀ VÀ TRONG CỘNG ĐỒNG CHO NGƯỜI LỚN***

Để có đủ điều kiện tham gia các Chương Trình Waiver Cho Người Lớn của DDS, quý vị phải:

Là người bị thiếu năng trí tuệ như DDS xác định;
Hội đủ điều kiện hợp lệ của Medicaid;
Ít nhất 22 tuổi hay lớn hơn;
Hội đủ điều kiện của liên bang cho các dịch vụ *waiver* bao gồm hợp lệ để được nhận vào một nhà chăm sóc trung cấp cho các người bị thiếu năng trí tuệ (ICF/ID - Ở Mass, một ICF/ID là một cơ sở lớn);
Chọn nhận các dịch vụ trong cộng đồng thay vì tại một cơ sở; và
Được đánh giá là có nhu cầu cho một hay nhiều dịch vụ.

DDS có 3 Chương Trình Waiver Cho Người Lớn khác nhau:

Chương Trình Waiver Hỗ Trợ Người Lớn dành cho các cá nhân có thể ở tại nhà của mình hay của gia đình nhờ vào sự phối hợp mạnh mẽ của các dịch vụ tự nhiên/không nghi thức, loại chung và của Medicaid.

Chương Trình Waiver Sống Trong Cộng Đồng dành cho các cá nhân có thể ở tại nhà của gia đình hay nhà của người khác, và không cần giám sát 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần nhờ vào sự phối hợp của các dịch vụ tự nhiên, loại chung và của Medicaid.

Chương Trình Waiver Hỗ Trợ Tập Trung dành cho các cá nhân cần được giám sát 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, bên ngoài nhà của mình hay của gia đình, vì những nhu cầu hỗ trợ đáng kể về hành xử, y tế và thể xác và vì không có các dịch vụ tự nhiên, loại chung và của Medicaid.

CÁC VĂN PHÒNG VÙNG CỦA DDS

**Vùng Đông Bắc : Hogan Regional Center, P0 Box A, Hathorne, MA 01937
Kelly D. Lawless, Giám Đốc Vùng (978) 774-5000**

**Vùng Trung Tây: 140 High Street, Suite 301, Springfield, MA 01105
Anthony Keane, Giám Đốc Vùng (413) 205-0800**

**Vùng Thủ Đô: 465 Waverley Oaks Rd., Suite 120, Waltham, MA 02452
Gail Gillespie, Giám Đốc Vùng (781) 314-7500**

**Vùng Đông Nam: 151 Campanelli Dr., Suite B, Middleboro, MA 02346
Richard O'Meara, Giám Đốc Vùng (508) 866-5000**