

马萨诸塞联邦  
健康与人类服务行政办公室  
发展服务部

向 DDS 申请资格

申请人信息

申请人的目前年龄范围：

年龄在 5 到 22 岁之间

年龄在 22 岁及以上

全名： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
姓 名 中间名

地址： \_\_\_\_\_  
街道号码 街道名称 公寓/单元号

\_\_\_\_\_  
城/镇 州 邮编 SS# (社会安全号码)

关于下列内容，申请人，监护人或父母更倾向于通过何种语言进行交流：

- 在谈论申请人时用什么语言？ \_\_\_\_\_
- 在收到有关申请人的书面材料时用什么语言？ \_\_\_\_\_
- 听证会需要口译服务吗？  需要  不需要  
备注：免费向申请人提供笔译和口译服务

我们联系您的最佳方式？（请勾选所有适用项）

- 主要 ( ) \_\_\_\_\_ 我们可以留言吗 可以  不可以
- 次要 ( ) \_\_\_\_\_ 我们可以留言吗 可以  不可以
- 电子邮件 \_\_\_\_\_

必备材料

所有向 DDS 提出申请的申请人都需提供下列文件的副本：

- 出生证明
- 社会安全卡
- 健康保险卡（MassHealth：麻州健保，Medicare：医疗保险，私人保险）
- 马萨诸塞州住所证明 - 例如，马萨诸塞州的驾照，马萨诸塞州身份证，注有姓名/地址的水电费账单
- 记录您的相关诊断结果的报告，该诊断结果满足相关标准时，您才有资格
- 隐私权惯例做法通知确认书（内嵌在申请中）

如果申请人或您收到下列服务/评估中的任意一个，请提供证明文件：

- 早期干预/发展概述
- IEP 和相关评估和/或 504 辅助设施计划
- 适应性技能报告
- 确诊为智能障碍（ID）和/或自闭症谱系障碍（ASD）的报告

- 通过心理或神经心理评估得出的智商报告
- 史密斯-马吉利综合症，普瑞德威利综合症或其他基因疾病的基因检测结果

## 监护权

**只有在法院指定监护人的情况下才需填写这一部分**

如果申请人有法院指定的监护人，那么监护权证明文件需连同本申请一并提交。如果法院指定了监护人，那就必须由该监护人签署本申请

法定监护人的姓名 \_\_\_\_\_ 关系 \_\_\_\_\_  
姓 名 与申请人的

监护人地址 \_\_\_\_\_  
街道名称及门牌号 城/镇 邮编

电子邮件 \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_

## 现状

**申请人或您是否：**

与家人一起住在一起？ 是  否  \_\_\_\_\_  
如果否，那您住在哪里，寄宿学校除外？

住在寄宿学校？ 是  否  \_\_\_\_\_  
如果是，请写出学校的名称

无家可归？ 是  否  \_\_\_\_\_  
如果是，已经有多久了？

与任何其他州属机关有关？ 是  否  \_\_\_\_\_  
如果是，是哪个机关？

目前在住院？ 是  否  \_\_\_\_\_  
如果是，请写出医院的名称

在上学/读大学？ 是  否  \_\_\_\_\_  
如果是，请写出学校/大学的名称

## 申请类型

**紧密相关的发育障碍（Closely Related Developmental Condition）（适用于 5 - 22 岁的儿童/成年人）**

您是否因为紧密相关的发育障碍而向 DDS 提出申请？（115 CMR 6.06（1）） 是  否

备注：紧密相关的发育障碍包括遗传性疾病。

如果您以患有紧密相关的发育障碍的人员身份进行申请，您必须提交一份由具备执照的合格医生（比如博士，心理学博士，医学博士等等）所出具的全面的诊断报告。基因检测的结果或文件必须证实您的诊断结果。

**智能障碍（Intellectual Disability）**

您是否因为智能障碍（ID）而向 DDS 提出申请？ 是  否

如果您以患有智能障碍（ID）的人员身份进行申请，那您必须连同本申请，将一份由有执照的合格医生（比如博士，心理学博士，医学博士等等）所出具的全面的诊断报告，一并提交。本文件必须要能证实您的诊断结果。这将包括智商和认知测试。

---

### 自闭症谱系障碍（Autism Spectrum Disorder）

您是否因为自闭症谱系障碍（ASD）而向 DDS 提出申请？ 是  否

如果您以患有自闭症谱系障碍（ASD）的人员身份进行申请，那您必须连同本申请，将一份由有执照的合格医生（比如博士，心理学博士，医学博士等等）所出具的全面的诊断报告，一并提交。

---

### 普瑞德威利综合症（Prader-Willi Syndrome）

您是否因为普瑞德威利综合症的诊断结果而向 DDS 提出申请？ 是  否

如果您以患有普瑞德威利综合症的人员身份进行申请，那您必须连同本申请，将一份证实普瑞德威利综合症诊断的基因检测报告，一并提交。

---

### 史密斯-马吉利综合症（Smith Magenis Syndrome）

您是否因为史密斯-马吉利综合症的诊断结果而向 DDS 提出申请？ 是  否

如果您以患有史密斯-马吉利综合症的人员身份进行申请，那您必须连同本申请，将一份证实史密斯-马吉利综合症诊断的基因检测报告，一并提交。

---

本页剩余部分留空

家长或常用联系人

全名： \_\_\_\_\_ 关系： \_\_\_\_\_

Chinese 5-22 or over 22

名

中间名  
9/29/2017

与申请人的

街道号码 街道名称 公寓/单元号 城市 州 邮编

我们联系他们的最佳方式？（请勾选所有适用项）

- 主要方式 ( ) \_\_\_\_\_ 我们可以留言吗 可以  不可以
- 次要方式 ( ) \_\_\_\_\_ 我们可以留言吗 可以  不可以
- 电子邮件 \_\_\_\_\_

### 授权联系人

如果您为了申请资格想授权某人成为联系人，请在下方注明。该联系人可以是社工、教师、治疗师等等。该联系人不能是法定监护人。

全名： \_\_\_\_\_ 关系： \_\_\_\_\_  
姓 名 中间名 与申请人的

街道号码 街道名称 公寓/单元号 城市 州 邮编

我们联系他们的最佳方式？（请勾选所有适用项）

- 主要方式 ( ) \_\_\_\_\_ 我们可以留言吗 可以  不可以
- 次要方式 ( ) \_\_\_\_\_ 我们可以留言吗 可以  不可以
- 电子邮件 \_\_\_\_\_

我允许 DDS 出于完成资格审定过程的目的，与上述授权联系人讨论我的申请和记录。

\_\_\_\_\_  
申请人/法定监护人签名 日期

**马萨诸塞联邦  
发展服务部**  
信息披露授权表

**第 I 部分 个人信息：**

个人姓名： \_\_\_\_\_ 其他名称： \_\_\_\_\_  
地址： \_\_\_\_\_ 电话： \_\_\_\_\_

社会安全号码: \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_\_

- 本人在此授权发展服务部向提供者、机构、实体或在下列第 II 部分中提及的个人披露以下信息:
- 本人在此授权提供者、机构、实体或在下列第 II 部分中提及的个人向发展服务部披露以下信息:
- |   |                                  |                                 |
|---|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 心理测试           | <input type="checkbox"/> 完整记录    | <input type="checkbox"/> 其他服务计划 |
| <input type="checkbox"/> 病史             | <input type="checkbox"/> 药物史     | <input type="checkbox"/> 监护文件   |
| <input type="checkbox"/> 教育经历           | <input type="checkbox"/> ITP/ISP | <input type="checkbox"/> 医院报告   |
| <input type="checkbox"/> 其他 (请说明) _____ |                                  |                                 |

**第 II 部分 授权接收人。**我允许在下方列出的提供者、机构、实体或个人与发展服务部共享在第 I 节所列的信息/接收发展服务部所提供的在第 I 节中列出的信息:

姓名 \_\_\_\_\_

组织 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

**第 III 部分 披露的目的。**请说明使用或披露信息的目的 (比如, 医疗、与法律有关、保险、个人等等 - 要具体。如果是您提出请求并且您不想列出原因, 您可以就写: “依我的请求。”)

根据马萨诸塞州法律和部门规章与政策, 禁止其他任何对本信息的使用与披露。

**第 IV 部分 额外披露。**发展服务部或在第 II 部分所列出的提供者、机构、实体或个人可与该个人或组织分享我的信息:

姓名 \_\_\_\_\_

组织 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

**第 V 部分 证明书。**我已被告知披露上述信息的利与弊, 并且我自愿进行披露。我明白我有权随时撤销授权。如果我撤销本授权, 我必须采用书面形式, 并将书面形式的授权撤销书交给被授权披露信息的个人/设施/机构。我明白撤销将不适用于根据本授权已被披露的信息。

本授权的有效期截止于 \_\_\_\_\_（日期或事件 - 不能超过一年）。我明白一旦上述信息被披露，信息接收人可能会再次披露这些信息，并且该信息可能将不会受到联邦或州隐私法律或法规的保护。我明白对上述信息的使用或披露的授权都是自愿的。我明白我不需要通过在这张表上签字来继续获得 DDS 提供的医疗保健服务。

\_\_\_\_\_

作为信息主体的个人或监护人签名

\_\_\_\_\_

日期

\_\_\_\_\_

打印名（如果由监护人或其他法律/授权代表签署，还需确定具体是哪种法定权威）

**第 VI 部分 特别授权。** 我特别授权发布以下信息（请勾选所有适用项）：

- 如果我的病历中包含有关受 M.G.L. c.111 S.70F 保护的 HIV 抗体和抗原检测的信息，HIV/AIDS 诊断或 HIV/AIDS 治疗，我特别授权发布或披露此类信息。
- 如果我的病历中包含有关受联邦法规 42 CFR, Part 2 保护的酒精或药物治疗的信息，我特别授权发布或披露此类信息。

\_\_\_\_\_

作为信息主体的个人或监护人签名

\_\_\_\_\_

日期

**说明：**

1. 您必须将本表格填写完整（不包括 Specially Authorized Releases: 特别授权发布），本表格才能被视为有效。
2. 确保在第 2 页所列的截止日期或活动是切实可行的。
3. 副本的分配：原件给提供者；副本给个人或个人代表；副本给提出请求的个人/设施/机构。

**授权 DSS 资格审定**

我请求发展服务部（DDS）进行服务的资格审定。在我的申请被完全处理好之前，本许可都有效，或者除非我书面请求 DDS 撤销本许可，否则本许可一直有效。

关于申请人的资格审定的授权签名：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

申请人姓名

申请人     法定监护人

\_\_\_\_\_

申请人/法定监护人签名

\_\_\_\_\_

日期

\_\_\_\_\_

申请人/法定监护人的打印名

\_\_\_\_\_

法定监护人的完整地址

## 向 DDS 提交申请的最后说明

- 确保本申请中的所有信息都已填妥
- 确保所有需要签名的地方都已填妥
- 附上本申请所需的所有证明文件
- 阅读接下来几页中的隐私权惯例做法通知（4 页）
  - 保留这四页的隐私权惯例做法通知，供自己存档
  - 签署并寄回申请和隐私权惯例做法通知确认书

把完整的数据包寄到您当地的 DDS 区域办事处，由下列明确指出的区域资格团队签收。如果您在寄送您的申请和必要附件前有任何疑问，请随时联系您的当地区域资格团队。

### DDS 中部/西部地区

Federal 街 One 号  
Bldg. 111-2  
斯普林菲尔德，马萨诸塞州 01105  
(Springfield, MA 01105)  
服务热线：(413)-205-0940  
传真：(413) 205-1603

### DDS 市区

Waverley Oaks 路 465 号，房间 120  
沃尔瑟姆，马萨诸塞州 02452  
(Waltham, MA 02452)  
服务热线：(781) 314-7513  
传真：781-314-7539

### DDS 东南区

Campanelli 路 151 号，房间 B  
米德伯勒，马萨诸塞州 02346  
(Middleboro, MA 02346)  
服务热线：(508)-866-8800  
传真：(508) 866-8859

### DDS 东北区

Hogan 区域中心  
邮箱 A，哈索恩，马萨诸塞州 01937  
(PO Box A, Hathorne, MA 01937)  
服务热线：(978) 774-5000 x850  
传真：978-739-0420

## 马萨诸塞联邦

健康与人类服务行政办公室  
发展服务部

### 隐私权惯例做法通知确认书

申请人姓名： \_\_\_\_\_

设施/区域/地区/计划： \_\_\_\_\_

我已阅读DDS 隐私权惯例做法通知



签名： \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

具有作出医疗决定的法律权威的个人或个人代表

如果由个人代表签名：

打印名： \_\_\_\_\_

社会角色： \_\_\_\_\_ (家长/监护人等等)

见证人： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

根据 DDS 隐私手册，必须以适当的记录方式保留本表单至少六年。

马萨诸塞联邦  
健康与人类服务行政办公室  
发展服务部

保留本文件，供自己存档

隐私权惯例做法通知

本通知阐述的是关于您受保护的健康信息被使用和披露的方式，以及您如何才能访问此类信息。请仔细阅读。

**目的：**

本通知是为了告知您与保护我们所创建或接收的医疗或健康记录的隐私相关的，发展服务部的法律职责和隐私权惯例做法。本通知也解释了您在健康信息和部门职责方面的权利。如下所述，法律规定我们要确保能识别您的身份的医疗或健康信息的保密性。

如果您有任何关于本隐私权惯例做法通知的内容的疑问，或者如果您需要联系部门内的某人，了解任何包含在本隐私权惯例做法通知内的信息，或者如果您对这个部门的隐私权惯例做法有任何不满，欢迎您随时联系发展服务部的隐私办公室（Privacy Office）：

隐私官  
发展服务部  
Washington 大道 1000号  
波士顿，马萨诸塞州 02118  
(888) 367-4435，转分机 7717

**I. 什么是受保护的健康信息？**

受保护的健康信息（**PHI**）是发展服务部所收集的，关于您过去的、现在的或将来的健康或残障的信息，关于提供给您的医疗保健的信息，或者关于医疗保健的付款信息。无论是基于我们的保密政策或是基于相关适用法律，该部门都有一个长期承诺，即保护我们了解的、有关您的隐私和任何个人健康信息。根据联邦法律，我们必须给您发布这个关于我们的隐私权惯例做法的通知，这具体解释了我们如何，何时以及为何使用或披露您的 **PHI**。

您可以向发展服务部办事处要求一份通知的副本。本通知也发布在了我们的网站上：[www.dds.state.ma.us](http://www.dds.state.ma.us)。

**II. 该部门如何使用和披露您的PHI？**

为了给您提供服务，DDS 必须以多种方式使用和披露受保护的健康信息。以下是在不经您的授权的情况下也允许使用和披露 **PHI** 的类型示例。

通常，该部门可如下使用或披露您的 **PHI**：

- **为了治疗：**DDS 可使用关于您的 PHI，以给您提供治疗或服务。例如，您的治疗团队成员可在内部讨论您的 PHI，以便为您的服务制定并执行一个计划。DDS 还可向部门外的、可能涉及到您的医疗保健的个人或服务提供者披露关于您的 PHI，但是只使用或披露最低数量的必要信息，以进行医疗护理。
- **为了获取付款：**DDS 可使用或披露您的 PHI，以针对您的医疗保健服务计费并收取费用。例如，DDS 可向 Medicaid：医疗补助计划，社会安全局，发展服务部的工作人员或私人保险公司披露您的 PHI 的部分内容。
- **为了医疗保健营运：**DDS 可在营运发展服务部的设施、办公室、发展中心和所有其他部门计划的过程中使用或披露您的 PHI。这些使用和披露对运行我们的计划而言是十分必要的，包括确保我们所有的消费者都能获得优质的保健服务。例如，我们可使用您的 PHI 来审查我们的治疗和服务，并评估部门和/或提供者员工在对您的医疗护理方面的表现，以改善质量。出于审查和学习的目的，我们还可以向医生、护士、技术员、医科学生和上述其他人员披露信息。可能还需要跟马萨诸塞州的其他州立机构交换您的信息，或向马萨诸塞州的其他州立机构获取您的信息。

在下列情况下，法律规定我们可在不经同意或授权的情况下使用或披露您的 PHI：

- **在法律要求和具体政府职能要求时：**当法律要求我们报告关于涉嫌虐待、疏于照顾或家庭暴力的信息、或与涉嫌犯罪活动有关的信息，或回应法庭命令时，DDS 可披露 PHI。我们还可以向监督这些隐私要求的遵守情况的权威机构披露 PHI。我们还可以因工人的赔偿请求和国家安全原因，比如保护总统，而向与资格和注册有关的政府福利计划披露 PHI，比如 Medicaid（医疗补助）。
- **为了公共卫生和安全活动：**当我们被要求收集关于疾病或伤害的信息，或向公共卫生部门报告重要的统计数据时，DDS 可披露 PHI，报告药物不良反应，召回产品或预防疾病。
- **为了医疗保健监督活动：**为了报告或调查不寻常的事件，和监测 Medicaid（医疗补助）计划，DDS 可在部门内或向其他负责监测医疗保健体系的机构披露 PHI。
- **关于死者：**DDS 可以将与死者相关的 PHI 披露给验尸官、法医、或殡仪馆馆长，以及与器官、眼睛或组织捐赠或移植有关的器官获取组织。也可为内部或外部调查披露信息。
- **出于研究、审查和评估目的：**在某些情况下，并在研究审议委员会（research review committee）的监督之下，DDS 可向核准的研究人员及其指定人员披露 PHI，以协助研究。
- **应对诉讼和法律诉讼：**DDS 可分享关于您的健康信息，作为在州法或联邦法授权范围内对法院或行政命令的回应，或对传票的回应，包括但不限于 G.L. c. 123B, § 17（DDS Records Confidentiality: DDS 记录保密性）；G.L. c. 66A, § 2（Fair Information Practices Act: 公平信息惯例法令）；G.L. c. 111, § 70（f）（HIV 检测）；G.L. c. 111B, § 11（酒精治疗）；和 G.L. c. 111E, § 18（药物治疗）。
- **避免对健康或安全的威胁：**为了避免给健康或安全造成严重威胁，在对执法和可合理防止或减轻威胁危害的其他人而言非常必要的情况下，DDS 可披露 PHI。

### III. 需要您授权的PHI的使用与披露。

关于除治疗、付款和医疗保健营运目的外的使用和披露，我们需要您的书面授权，除非使用或披露属于上述例外情况之一。您可以随时撤销授权以阻止未来的使用/披露行为，除了那些我们已在您的授权下采取的行动以外。

### IV. 在您不反对的情况下，对家人、朋友和其他人的有限的使用和披露

如果我们事先通知您披露信息，而且您不反对，只要法律没有禁止披露，我们就可以向涉及到您的医疗护理的家人、朋友或其他人披露有限的 PHI。

## V. 您关于DDS如何分享您受保护的健康信息的偏好

对于某些健康信息，您可以告知 DDS 您对我们分享方式/内容的偏好。在这些情况下，您有权并且可以选择告知 DDS：

- 跟涉及到您的医疗护理的家人、密友或其他人分享信息；
- 在救灾情况下分享信息；
- 在医院/设施手册中包含您的信息；
- 联系您参与筹款。

如果您无法告诉我们您的偏好，比如，如果您没有意识，那么 DDS 就可以分享您的信息，前提是我们认为这对您最有利。我们也会在必要时分享你的信息，以减少对健康或安全的严重、紧迫的威胁。

## VI. 禁止披露

该部门永远不会通过使用或披露您受保护的健康信息来进行市场营销，出售您的信息或分享您的心理治疗记录，除非您提供书面许可来进行授权。至于筹款，DDS 可以联系您参与筹款 - 但是，您也可以告知 DDS 不要再联系您。

## VII. 关于您受保护的健康信息的权利

您有下列与您受保护的健康信息有关的权利：

- **获得该隐私权惯例做法通知的副本：**您可以随时要求 DDS 提供本通知的纸质副本。
- **检查并请求一份您的 PHI 的副本：**除非因明确和有记录的治疗原因导致对您的记录的访问受到限制，否则您就有权通过书面请求，检阅和获取您的纸质的和电子版的受保护的健康信息的副本。应通过您的服务协调员或区域办事处向隐私官提出请求。DDS 将在 30 天内对您的请求作出回应。如果您想要您的 PHI 的副本，可能会收取一定费用。
- **选择某人替您采取行动：**如果您给了某人您的医疗授权书，或者如果某人是您的法定监护人，那么该个人就可以在法律授权范围内行使您的权力并在您的健康信息方面做出选择。DDS 将尊重您的法定代理人在法律授权范围内的请求/选择。
- **请求限制使用/披露：**你有权要求 DDS 限制我们使用或披露您的 PHI 的方式，或请求 DDS 不要为了治疗、付款或健康护理营运而使用或分享某些健康信息。该部门会考虑您的请求，但如果这会影响到您的护理或服务的提供，那在法律上就不一定要同意这些限制请求。如果您全额自费支付服务或医疗保健项目，那么您就可以要求 DDS 不要出于付款的目的或我们与您的医疗保险公司的运营目的来分享信息。
- **选择我们与您联系的方式：**您有权要求 DDS 将信息发送至另一地址或通过另一种方式发送信息；包括要求我们通过保密通讯的方式联系您。
- **请求修改您的 PHI：**如果您认为在我们记录的您的 PHI 中有错误或遗漏的信息，您可以以书面形式要求 DDS 改正或添加记录。DDS 将在收到您的请求后的 60 天内回复。如果拒绝，会陈述拒绝的理由，解释您的权利，并将请求和拒绝，以及任何您提供的回应声明都添加到您的 PHI 中。
- **请求审阅已进行了哪些披露：**在某些情况下，您有权获得一个列表，其中注明了何时披露了 PHI，披露给了谁，披露的目的和内容。

- **投诉:** 如果您认为DDS可能侵犯了您的隐私权, 或者您不同意该部门针对访问您的PHI所做出的决定, 那么您可以向DDS隐私官投诉。您还可以向U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights (美国健康与人类服务部人权办公室) 提出投诉, 具体方式为: 寄信至Independence大道 200 号, S.W. , 华盛顿, 20201, 致电: 1-877-696-6775, 或访问HHS的网站: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)。如果您提出此类投诉, 该部门不会对你采取任何报复行动。

## VIII. DDS的隐私和安全责任

该部门有下列与您受保护的健康信息有关的职责:

- **保护您的健康信息的隐私:** 法律要求 DDS 维护您受保护的健康信息的保密性与安全性。
- **通知您安全漏洞问题:** 如果出现可能损害您不安全的健康信息的保密性或安全性的安全漏洞, DDS 将及时与您联系。
- **隐私权惯例做法通知:** DDS 必须遵守在本通知中所描述的职责和隐私惯例, 并制作可提供给您的副本。
- **授权的使用和披露:** 除非您书面授权, 否则 DDS 不会使用或分享除在本通知中所描述的您的信息以外的信息。您也可以随时改变您的想法, 撤销您的授权, 只需以书面形式联系该部门即可。

如欲了解更多信息, 请参见: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)。

### **申请和生效日期:**

本通知适用于所有部门设施、办公室、发展或区域中心, 和所有其他部门计划的受保护的健康信息的使用或披露; 包括和部门一起参与有组织的医疗保健安排 (OHCA) 的个人或实体对 PHI 的使用或披露。任何与 DDS 一起参与 OHCA 的个人或实体都应遵守在本通知中所描述的 DDS 的职责和隐私权惯例做法。

本通知自 2003 年 4 月 14 日起生效 (于 2014 年 9 月 1 日修订)。该部门保留随时对本通知的条款和隐私权惯例做法作出更改的权利。新通知将根据要求提供, 在任何 DDS 办公室和该部门的网站上都会提供。

马萨诸塞联邦  
发展服务部  
区域流入与资格  
区域城市/城镇

DDS 中部/西部地区  
区域资格协调员  
Federal 街 One 号  
Bldg. 111-2  
斯普林菲尔德, 马萨诸塞州 01105  
(Springfield, MA 01105)  
服务热线: (413)-205-0940  
传真: (413) 205-1603

中部/西部城市与城镇:

Adams (亚当斯), Agawam (阿格瓦姆), Alford, Amherst (艾摩斯特), Ashburnham, Ashby (阿什比), Ashfield (阿什菲尔德), Ashley Falls, Athol (阿瑟尔), Auburn (奥本), Ayer (艾尔), Baldwinville (鲍德温维尔), Barre (巴里), Becket (贝克特), Belchertown (贝尔彻敦), Bellingham (贝林翰), Berlin (柏林), Bernardston (伯纳兹顿), Blackstone (黑石), Blandford (布兰福德), Bolton (博尔顿), Boylston (波约斯顿), Brimfield (布里姆菲尔德), Brookfield (布鲁克菲尔德), Buckland (巴克兰), Charlemont (查尔蒙特), Charlton (查尔顿), Cherry Valley (樱桃谷), Cheshire (柴郡), Chester, Chesterfield, Chicopee (奇科皮), Clarksburg, Clinton (克林顿), Colrain, Conway (康威), Cummington (卡明顿), Dalton, Deerfield (迪尔菲尔德), Douglas (道格拉斯), Dudley, East Brookfield (东布鲁克菲尔德), Easthampton (伊斯特汉普顿), East Longmeadow (东朗梅多), Egremont (艾格蒙特), Erving, Feeding Hills (弗德希尔斯), Fitchburg (菲奇堡), Florida, Franklin (富兰克林), Gardner (加德纳), Gill (吉尔), Goshen (歌珊), Grafton (格拉夫顿), Granby (格兰比), Granville (格兰维尔), Groton (格罗顿), Great Barrington (大巴灵顿), Greenfield (格林菲尔德), Hadley (哈德利), Hancock (汉考克), Hampden (汉普顿), Hardwick, Harvard, Hatfield (哈特菲尔德), Hawley (霍利), Heath (希思), Hinsdale (辛斯代勒), Holden (霍顿), Holland (霍兰德), Holyoke (霍利奥克), Hopedale (霍普代尔), Housatonic, Hubbardston (哈巴司顿), Huntington (亨廷顿), Indian Orchard (印第安奥查德), Lancaster (兰开斯特), Lanesboro (莱恩斯伯勒), Lee, Leeds (利兹), Leicester (莱斯特), Lenox (雷诺克斯), Leominster (莱明斯特), Leverett, Leyden, Longmeadow (朗梅多), Ludlow (勒德洛), Lunenburg (卢嫩堡), Medway (梅德韦), Mendon, Middlefield, Millers

Falls (米勒斯福尔斯), Milford (米尔福德), Millbury (米尔伯里), Millville (米尔维尔), Monroe (门罗), Monson, Montague (蒙塔古), Monterey (蒙特利), Montgomery (蒙哥马利), Mt. Washington (华盛顿山), New Ashford (新阿什福德), New Braintree (新布伦特里), New Marlboro, New Salem (新塞勒姆), North Adams (北亚当斯), Northampton (诺坦普顿), Northbridge (诺斯布里奇), Northfield (诺思菲尔德), North Brookfield (北布鲁克菲尔德), Oakham, Orange (奥林奇), Otis, Oxford (牛津), Palmer (帕尔默), Paxton (帕克斯顿), Pelham (佩勒姆), Pepperell (佩珀雷尔), Petersham (彼得沙姆), Peru (秘鲁), Phillipston, Pittsfield (匹兹菲尔德), Plainfield (平原), Princeton (普林斯顿), Richmond (里士满), Rowe (罗威), Royalston (罗伊尔斯顿), Russell, Rutland (拉特兰), Sandisfield (桑迪斯菲尔德), Savoy (萨沃伊), Sheffield (谢菲尔德), Shelburne, Shirley, Shrewsbury (什鲁斯伯里), Shutesbury (舒茨伯里), Southbridge (索斯布里奇), South Deerfield (南迪尔菲尔德), South Hadley (南哈德利), Leominster (莱明斯特), Southampton (南安普敦), Southwick, Spencer, Springfield (斯普林菲尔德), Sterling, Sturbridge (斯特布里奇), Stockbridge (斯托克布里奇), Sunderland (桑德兰), Sutton (萨顿), Templeton (邓普顿), Tolland (托兰德), Townsend (汤森德), Turners Falls (特纳斯福尔斯), Tyringham (蒂林厄姆), Upton (厄普顿), Uxbridge (阿克斯布里奇), Wales Ware, Warren (沃伦), Warwick (沃里克), Washington, Webster (韦伯斯特), Wendell, West Boylston (西博伊尔斯顿), West Brookfield (西布鲁克菲尔德), Westfield (韦斯特菲尔德), Westhampton (西安普敦), Westminster (威斯敏斯特), West Springfield (西斯普林菲尔德), West Stockbridge (西斯托克布里奇), Whately (惠特利), Whitinsville, Wilbraham (威尔布拉), Williamsburg (威廉斯堡), Williamstown (威廉斯敦), Winchendon (温塔登), Windsor, Worthington (沃辛顿), Worcester (伍斯特)

马萨诸塞联邦  
发展服务部  
区域流入与资格  
区域城市/城镇

DDS 市区  
区域资格协调员  
Waverley Oaks 路 465 号, 房间 120  
沃尔瑟姆, 马萨诸塞州 02452  
(Waltham, MA 02452)  
服务热线: (781) 314-7513  
传真: (781) 314-7539

市区城市与城镇:

Allston (奥尔斯顿), Ashland (阿什兰), Beacon Hill (灯塔山), Belmont (贝尔蒙特), Boston (波士顿), Brighton (布莱顿), Brookline (布鲁克林), Cambridge (剑桥), Canton (坎墩), Charlestown (查尔斯镇), Chelsea (切尔西), Chestnut Hill, Chinatown, Dedham, Dorchester (多切斯特), Dover (多佛尔), Downtown Crossing (下城十字), East Boston (东波士顿), Foxboro (福克斯伯勒), Framingham (弗雷明汉), Holliston (霍利斯顿), Hopkinton (霍普金顿), Hudson (哈得逊), Hyde Park (海德公园), Jamaica Plain (牙买加平原), Marlboro (马尔波罗), Mattapan (马特潘), Medfield (麦德菲尔德), Millis, Natick (纳蒂克), Needham (尼达姆), Newton (牛顿), Norfolk (诺福克), Northborough (诺斯伯勒), North Dorchester (被多切斯特), North End (北端), Norwood (诺伍德), Plainville (普兰维尔), Revere (里维尔), Roslindale (罗森岱尔), Roxbury (罗克斯伯里), Sharon (雪伦), Sherborn (舍伯恩), Somerville (萨默维尔), Southborough (绍斯伯勒), South Boston (南波士顿), South End (南端), Sudbury (萨德伯里), Walpole (沃波尔), Waltham (沃尔瑟姆), Watertown (沃特敦), Wayland, West Roxbury (西罗克斯伯里), Wellesley (韦尔斯利), Westborough (韦斯特伯鲁), Weston (威士顿), Westwood (韦斯特伍德), Winthrop (温斯洛普), Wrentham (伦瑟姆)

马萨诸塞联邦  
发展服务部  
区域流入与资格  
区域城市/城镇

DDS 东北区  
区域资格协调员  
Hogan 区域中心  
邮箱 A  
哈索恩, 马萨诸塞州 01937  
(PO Box A, Hathorne, MA 01937)  
服务热线: (978) 774-5000 x850  
传真: (978)739-0420

东北区城市与城镇:

Acton (阿克顿), Amesbury (埃姆斯伯里), Andover (安多弗), Arlington (阿林顿), Bedford (贝德福德), Beverly (贝弗利), Billerica (比勒利卡), Boxborough (鲍克斯博罗), Boxford (博克斯福德), Bradford, Burlington (伯灵顿), Carlisle, Chelmsford (切姆斯福德), Concord (康科德), Danvers (丹佛斯), Dracut (德拉刻特), Dunstable, Essex (埃塞克斯), Everett (埃弗里特), Georgetown, Gloucester (格洛斯特), Groveland (格罗夫兰), Hamilton (汉密尔顿), Haverhill (黑弗里尔), Ipswich (伊普斯威奇), Lawrence, Lexington (列克星敦), Lincoln (林肯), Littleton (利特尔顿), Lowell (罗威尔), Lynn (林恩), Lynnfield (林菲尔德), Malden (莫尔登), Manchester (曼彻斯特), Marblehead (马布尔黑德), Maynard (梅纳德), Medford (梅德福), Melrose (梅尔罗斯), Merrimac (梅里马克), Methuen (梅休因), Middleton (米德尔顿), Nahant (纳罕特), Newbury (纽伯里), Newburyport (纽柏立波特), North Andover (北安多弗), North Reading (北里丁), Peabody (皮博迪), Reading (里丁), Rockport (洛克波特), Rowley, Saugus (索格斯), Salem (塞勒姆), Salisbury (索尔兹伯里), Stoneham (史东罕), Stow (斯托), Swampscott (斯瓦姆斯科特), Tewksbury (图克斯伯里), Topsfield (托普斯菲尔德), Tyngsboro (廷斯波罗), Wakefield (威克菲尔德), Wenham (温汉姆), West Newbury (西纽伯里), Wilmington (威明顿), Winchester (温彻斯特), Woburn (沃本), Westford (韦斯特福德)

马萨诸塞联邦  
发展服务部  
区域流入与资格  
区域城市/城镇

DDS 东南区

区域资格协调员

Campanelli 路 151 号, 房间 B

米德伯勒, 马萨诸塞州 02346

(Middleboro, MA 02346)

服务热线: (508)-866-5000

传真: (508)-866-8859

东南区城市与城镇:

Abington (阿宾顿), Acushnet (阿卡什), Assonet, Attleboro (阿特尔伯勒), Avon (埃文), Barnstable (巴恩斯特布), Berkley, Bourne, Braintree (布伦特里), Brewster (布鲁斯特), Bridgewater (布里奇沃特), Brockton (布罗克顿), Carver (卡弗), Chatham (查塔姆), Chilmark (奇尔马克), Cohasset (科哈塞特), Dartmouth (达特茅斯), Dennis (丹尼斯), Dighton (戴顿), Duxbury (达克斯伯里), East Bridgewater (东布里奇沃特), Eastham (伊斯特姆), Easton (伊斯顿), Edgartown (埃德加敦), Fairhaven (费尔黑文), Fall River (福尔里弗), Falmouth (法尔茅斯), Freetown (弗里敦), Gay Head (盖伊头), Gosnold, Halifax (哈利法克斯), Hanover (汉诺威), Hanson (汉森), Harwich (哈威奇), Hingham (欣厄姆), Holbrook (霍尔布鲁克), Hull (赫尔), Hyannis (海厄尼斯), Kingston (京斯敦), Lakeville (莱克维尔), Mansfield, Marion (马里昂), Marshfield (马什菲尔德), Mashpee (马什皮), Mattapoissett (马特波伊西特), Middleboro (米德伯勒), Milton (米尔顿), Nantucket (南塔克特), New Bedford (新贝德福德), North Attleboro (北亚特波罗), Norton (诺顿), Norwell (诺威尔), Oak Bluffs (奥克布拉夫斯), Orleans (奥尔良), Pembroke (彭布罗克), Plymouth (普利茅斯), Plympton (普林普顿), Provincetown (普罗温斯敦), Quincy (昆西), Randolph (伦道夫), Raynham (雷纳姆), Rehoboth (里霍博斯), Rochester, Rockland (罗克兰), Sandwich (桑德威奇), Scituate (斯基尤特), Seekonk, Somerset (萨默塞特), Stoughton (斯托顿), Swansea, Taunton (陶顿), Tisbury (蒂斯伯里), Truro (特鲁罗), Wareham, Wellfleet, West Bridgewater (西布里奇沃特), Westport (韦斯特波特), West Tisbury (西蒂斯伯里), Weymouth (威茅斯), Whitman (惠特曼), Yarmouth (雅茅斯)