



EXECUTIVE OFFICE OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
DEPARTMENT OF DEVELOPMENTAL SERVICES
COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
1000 WASHINGTON STREET, BOSTON, MA 02118
(617) 727-5608

MAURA T. HEALEY

गभर्नर

MARY A. BECKMAN

कामु सचिव

KIMBERLEY DRISCOLL

लेफ्टिनेन्ट गभर्नर

JANE F. RYDER

आयुक्त

DESE/DDS आवासीय रोकथाम कार्यक्रम

खुला रुचि अवधिको सूचना

आदरणीय परिवारगण,

DESE/DDS आवासीय रोकथाम कार्यक्रम भविष्यमा आवासीय भर्नाको जोखिममा रहेका DDS योग्य विद्यार्थीहरूका लागि प्रारम्भिक तथा माध्यमिक शिक्षा विभाग (DESE) र विकास सेवा विभाग (DDS) बीचको सहकार्य हो।

कार्यक्रमले विद्यार्थी र उनीहरूको परिवारलाई निम्न कुराहरू प्रदान गर्दछ:

- वरिष्ठ स्तरका चिकित्सकहरू र सीप प्रशिक्षकहरू लगायत घरभित्र सहायताको अवसर
- कर्मचारीहरू पहिचान र नियुक्त गर्न एक समर्पित नेभिगेटर एजेन्सी
- जीवनकालीन कौशलको विकास
- आफ्नो घरेलु सेटिङ र समुदायमा कौशलहरू अभ्यास गर्ने अवसरहरू

इच्छुक विद्यार्थी र परिवारहरूको सूची पुनः ताजा गर्न यो खुला रुचि अवधि प्रदान गरिएको छ। DESE/DDS आवासीय रोकथाम कार्यक्रमको स्थान पूरा हुनै लागेको छ; यद्यपि, खाली ठाउँहरू उपलब्ध हुनासाथ रुचि सूचीबाट नयाँ सहभागीहरू थपिन्छन्।

यो कार्यक्रममा सहभागिताका लागि अनुरोध प्रक्रिया DDS सेवाहरूका लागि योग्य सबै परिवार र बालबालिकाहरूका लागि पूर्ण रूपमा पहुँचयोग्य भएको र भाषिक र सांस्कृतिक विविधताका लागि समावेशी रहेको सुनिश्चित गर्नु DESE/DDS आवासीय रोकथाम कार्यक्रमको प्राथमिकता हो।

लिखित सामग्रीहरू निम्न भाषामा उपलब्ध छन्:

- | | | |
|------------------------|---------------------------|-------------------|
| • अरबी | • हायसियन क्रियोले | • सरलीकृत चीनियाँ |
| • क्यान्टोनिज | • खमेर | • सोमाली |
| • केप भर्डियन क्रियोले | • नेपाली | • स्पेनी |
| • अङ्ग्रेजी | • पोर्तुगाली (ब्राजिलियन) | • भियतनामी |

DESE/DDS कार्यक्रममा रुचि राख्ने विद्यार्थीहरूको नाम सङ्कलन गर्न अनलाइन प्रणालीमा सारिएको छ । कृपया यहाँ वा तलको QR कोड मार्फत अनलाइन रुचि पेसीमा पहुँच प्राप्त गर्नुहोस्: <https://forms.office.com/g/QwjhjkQPzy>

फारामका कागजी संस्करणहरू Mass.gov वेबसाइटबाट प्राप्त गर्न र प्रिन्ट गर्न सकिने छ । कागजी फारामहरू हुलाक वा इमेलमा पठाउन सकिने छ । निर्देशनहरू फाराममा दिइएको छ । कृपया यहाँ वा तलको QR कोड मार्फत रुचि फारामको कागजी संस्करणमा पहुँच प्राप्त गर्नुहोस्: <https://www.mass.gov/dese-dds-program>

तपाईंको बच्चाको पहुँच प्राप्त गर्न सक्ने सेवाहरू बारे थप जानकारीका लागि, कृपया आफ्नो स्थानीय परिवार सहायता केन्द्रमा जानुहोस् । केन्द्रहरूको पछिल्लो सूची यहाँ गएर फेला पार्न सकिन्छ: <https://www.mass.gov/dds-family-support>

याद गर्नुहोस्: कार्यक्रममा रुचि व्यक्त गर्नु कार्यक्रममा स्वीकृति वा नामाङ्कनको ग्यारेन्टी होइन र सबै अनुदान परिवर्तन हुन सक्ने छन् ।



DESE/DDS कार्यक्रम
विवरण र कागज खुला रुचि
फाराम QR कोड



DESE/DDS कार्यक्रम
अनलाइन खुला रुचि पेसी
QR कोड



परिवार सहायता केन्द्र
QR कोड

कार्यक्रममा रुचि व्यक्त गर्नु कार्यक्रममा स्वीकृति वा नामाङ्कनको ग्यारेन्टी होइन र सबै अनुदानमा परिवर्तन हुन सक्ने छन् ।



कार्यक्रमको विवरण: DESE/DDS विद्यार्थीहरूका लागि प्रतिबन्धात्मक, आवासीय प्लेसमेन्टको आवश्यकता नपरोस् भनेर घर तथा परिवारलाई व्यापक रूपमा सहायता प्रदान गर्नका निम्ति तयार पारिएको एउटा विस्तृत कार्यक्रम हो। यसमा विद्यार्थीहरू जीवनभर काम लाग्ने सीपहरू विकास गर्नका निम्ति आफ्नै घरमा सीप सिकाउने प्रशिक्षक र अन्य थेरापिस्टहरूसँग मिलेर काम गर्छन्।

तपाईंको विद्यार्थीका हकमा निम्न कुरा लागू हुन्छ भने कृपया यो फाराम भर्नुहोस्:

- हाल स्थानीय स्कुल डिस्ट्रिक्टमार्फत स्वीकृति प्राप्त स्कुल कार्यक्रममा भर्ना भएका भएका छन् भने
- उनको उमेर 6 र 21 को बिचमा छ भने
- हाल परिवार वा स्याहारकर्ताको घरमा बसोबास गरिरहेका छन् भने

कृपया आफ्नो जवाफ टाइप गर्नुहोस् वा स्पष्ट बुझिने गरी प्रिन्ट गर्नुहोस् (निलो वा कालो मसी प्रयोग गर्नुहोस्):

विद्यार्थीको नाम				
आमाबाबु/अभिभावकको नाम				
विद्यार्थीको जन्म मिति				
विद्यार्थीमा निदान गरिएको मुख्य रोग				
विद्यार्थीको मुख्य ठेगाना	ठेगाना लाइन 1:			
	ठेगाना लाइन 2:			
	नगर/सहर:	प्रान्त: MA		
	जिप कोड:			
आमाबाबु/अभिभावकको मुख्य फोन नम्बर				
आमाबाबु/अभिभावकको मुख्य इमेल ठेगाना				
तपाईं आफ्नो विद्यार्थीका बारेमा कुन भाषामा कुरा गर्न चाहनुहुन्छ?*	<input type="checkbox"/> अङ्ग्रेजी <input type="checkbox"/> स्पेनी <input type="checkbox"/> पोर्तुगाली <input type="checkbox"/> अरबी <input type="checkbox"/> भियतनामी <input type="checkbox"/> हैटियन-क्रियोल <input type="checkbox"/> मन्डारिन <input type="checkbox"/> अन्य:			
तपाईं आफ्नो बच्चाको स्याहारका सम्बन्धमा कुन भाषामा लिखित सामग्री प्राप्त गर्न चाहनुहुन्छ?	<input type="checkbox"/> अङ्ग्रेजी <input type="checkbox"/> स्पेनी <input type="checkbox"/> पोर्तुगाली <input type="checkbox"/> अरबी <input type="checkbox"/> भियतनामी <input type="checkbox"/> हैटियन-क्रियोल <input type="checkbox"/> मन्डारिन <input type="checkbox"/> अन्य:			
तपाईंको विद्यार्थी हाल कहाँको स्कुलमा पढ्नुहुन्छ? (एउटा विकल्प छनौट गर्नुहोस्)	<input type="checkbox"/> होम स्कुल, विद्यार्थीको घरमा	<input type="checkbox"/> पब्लिक स्कुल, तपाईंको सहरको स्थानीय स्कुलमा	<input type="checkbox"/> डिस्ट्रिक्टबाहिरको स्कुल सहकार्यमूलक, थेराप्युटिक वा विशेष आवश्यकता भएका विद्यार्थी पढ्ने स्कुलमा	<input type="checkbox"/> अन्य
तपाईंको विद्यार्थी हाल DDS बाल सेवा प्राप्त गर्न योग्य हुनुहुन्छ? (एउटा विकल्प छनौट गर्नुहोस्)	<input type="checkbox"/> हुनुहुन्छ <input type="checkbox"/> हुनुहुन्न (तपाईंलाई आवेदन दिन मद्दत चाहिएमा कृपया पारिवारिक सहायता केन्द्रमा सम्पर्क गर्नुहोस्)			
तपाईंको विद्यार्थी आफूलाई कुन लिङ्गको व्यक्तिका रूपमा चिनाउनुहुन्छ? (तपाईंको विद्यार्थीका आवश्यकताअनुसार जति वटा विकल्प पनि चयन गर्न मिल्छ)	<input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> अलैङ्गिक (नन-बाइनरी) <input type="checkbox"/> ट्रान्सजेन्डर <input type="checkbox"/> जवाफ दिन चाहन्न			
तपाईंको विद्यार्थीको जात/सम्प्रदाय कुन हो? (तपाईंको विद्यार्थीका आवश्यकताअनुसार जति वटा विकल्प पनि चयन गर्न मिल्छ)	<input type="checkbox"/> एसियाली <input type="checkbox"/> अश्वेत/अफ्रिकी अमेरिकी <input type="checkbox"/> हवाईयन/पेसिफिक आइल्यान्डर <input type="checkbox"/> हिस्प्यानिक/ल्याटिन्क्स <input type="checkbox"/> अमेरिकी आदिवासी <input type="checkbox"/> श्वेत <input type="checkbox"/> अन्य: <input type="checkbox"/> जवाफ दिन चाहन्न			

- तपाईंले यो फाराम पेस गर्नुभयो भने तपाईं आफ्ना बच्चालाई यो कार्यक्रममा सामेल गराउन इच्छुक हुनुहुन्छ भन्ने अर्थ लाग्छ। यो फाराम भर्दा तपाईंको विद्यार्थीलाई कार्यक्रममा स्वीकार वा भर्ना गरिन्छ भन्ने ग्यारेन्टी हुँदैन
- तपाईंले विगतमा इच्छा जनाउने फाराम पेस गर्नुभएको थियो र तपाईं अझै पनि कार्यक्रममा सामेल हुन इच्छुक हुनुहुन्छ भने कृपया अर्को फाराम भर्नुहोस्
- फाराम टाइप गरिनु पर्छ वा स्पष्ट रूपमा बुझिने गरी प्रिन्ट गरिनु पर्छ। तपाईं फाराम ड्रप अफ गर्दै हुनुहुन्छ भने उक्त फारामलाई **DESE/DDS कार्यक्रममा सामेल हुने इच्छा जनाउने फाराम** चिन्ह लगाइएको सिल गरिएको खाममा हाल्नुहोस्।
- फाराम ड्रप अफ गर्ने ठाउँ: स्थानीय DDS इलाका कार्यालयहरू, अटिजम/पारिवारिक सहायता केन्द्र- **DDS केन्द्रीय कार्यालयमा होइन।**
- फाराम पत्राचार गर्ने ठेगाना: DDS-Central Office, Att. DESE/DDS Program, 1000 Washington Street 4th Floor, Boston, MA 02118
- फाराम पठाउने इमेल ठेगाना: DESEDDSPROGRAM@MassMail.State.MA.US
- अहिले IEP/स्वास्थ्य रेकर्डहरू/ अन्य कुनै कागजात एट्याच नगर्नुहोस्। यो फाराम मात्र पठाउनुहोस्।**

मैले यो फाराम आफूले जाने बुझिसम्म सही र इमानदार ढङ्गले भरेको छु।

आमाबाबु/अभिभावकको हस्ताक्षर:	मिति:

*सहभागीहरूलाई अनुवाद र दोभासे सेवा निःशुल्क प्रदान गरिन्छ।