**رسالة مهمة لعائلات الأطفال**

تحت سن 9 أعوام بولاية ماساتشوستس

ممن تم تشخيصهم باضطراب الطيف التوحدي

التسجيل مفتوح من 17 أكتوبر، 2019 إلى 31 أكتوبر، 2019

تقوم شعبة التوحد التابعة لإدارة الخدمات الإنمائية (DDS) بتنفيذ برنامج إعفاء لمرض التوحد والذي يقدم تدخلات مباشرة وخاصة لمساعدة الأطفال المصابين بالتوحد ممن يقوموا بإظهار مشكلات جسيمة من الناحية السلوكية، الاجتماعية وفي التواصل عن طريق خدمة تدعى **التأهيل والتعليم واسع النطاق** (خدمات ووسائل دعم مكثفة في المنزل). يتم تقديم تلك الخدمات داخل منزل الطفل أو في أجواء طبيعية أخرى تحت إشراف شخص مهني اكلينيكي على درجة عالية من الكفاءة والتدريب ومتاح لفترة قدرها ثلاثة أعوام كليةً. كما يقدم برنامج الإعفاء خدمات دعم ذات صلة مثل أنشطة الاندماج المجتمعي، منافع وخدمات فردية، وأنشطة ترويحية. في ختام الأعوام الثلاثة المليئة بالخدمات المكثفة، قد يستفيد الطفل من خدمات تكميلية والتي تلبي احتياجات الطفل وتساعد في الانتقال خارج برنامج الإعفاء المكثف لمرض التوحد حتى بلوغ الطفل عامه التاسع.

في الوقت الذي يعتبر برنامج الإعفاء لمرض التوحد قد قارب على الاكتمال بالعدد في هذا الوقت، فهناك دوماً أطفال يقومون بالخروج من البرنامج نتيجة بلوغهم عامهم التاسع أو لأسباب أخرى. ولهذا، نحن نريد مجموعة راهنة من المتقدمين بالطلبات للاختيار منها حينما تصبح تلك الأماكن شاغرة ومتوفرة للبرنامج. لذا، تقدم شعبة التوحد فرصة للتقدم بطلب للدخول في برنامج الإعفاء من خلال فترة تقديم الطلبات المفتوحة. قامت شعبة التوحد بعقد آخر تقديم خاص بها للطلبات المفتوحة في شهر أكتوبر، 2018. **تجرى فترة الطلبات المفتوحة من 17 أكتوبر – 31 أكتوبر. يرجى التأكد من إرسال الطلب من خلال البريد أو البريد الالكتروني بين 17 أكتوبر و31 أكتوبر. لن تنظر شعبة التوحد إلى أي طلبات مقدمة خارج هذا الإطار الزمني.**

يحتفظ برنامج التوحد بسعة معينة خاصة بالأطفال ممن هم بعمر 3 والمنتقلين من برنامج التدخل المبكر. ويعني ذلك أن شعبة التوحد تحتفظ بـ 20 مقعد على مستوى الولاية مخصصين للأطفال ممن هم بعمر 3. سوف يظل هؤلاء الأطفال بحاجة إلى تلبية جميع المعايير المالية والاكلينيكية ذات الصلة واللازمة للدخول في البرنامج.

يقوم برنامج الإعفاء لمرض التوحد بتقديم الخدمات للأطفال حتى بلوغهم عامهم التاسع، ممن تم تشخيصهم باضطراب الطيف التوحدي ويستوفون معايير الأهلية الخاصة ببرنامج الإعفاء. تتطلب جميع خدمات الإعفاء أن يستمر الطفل في استيفاء اشتراطات الأهلية المالية والاكلينيكية الخاصة ببرنامج الإعفاء.

تهدف هذه الرسالة إلى إخطارك بشأن اشتراطات الأهلية الخاصة ببرنامج الإعفاء لمرض التوحد:

الأهلية: **تعتبر الاشتراطات التالية ضرورية للمشاركة في هذا البرنامج:**

1. يجب أن يكون لدى الطفل **تشخيص مؤكد** باضطراب الطيف التوحدي، يعد هذا عرضة للتحقق والتدقيق من قبل إدارة الخدمات الإنمائية.
2. عدم بلوغ الطفل عامه/ عامها التاسع حتى حينه. يستطيع الأطفال الذين لم يكملوا بعد عامهم التاسع.
3. أن يكون الطفل من قاطني ولاية ماساتشوستس.
4. يلبي الطفل مستوى الرعاية اللازم للخدمات في مرفق للرعاية المتوسطة مخصص للأشخاص الذين يعانون من إعاقة ذهنية (ICF/ID) على النحو المقيم من قبل إدارة الخدمات الإنمائية.
5. تقوم العائلة باختيار جعل الطفل يحصل على الخدمات في المنزل والمجتمع.
6. يجب أن يكون بمقدور الطفل الحصول على الخدمات بشكل آمن في المجتمع.
7. يجب أن يكون لدى الطفل ممثل قانوني مسئول عنه يستطيع إدارة الخدمات ووسائل الدعم الخاصة بالإعفاء.
8. يجب أن يتم تصنيف الطفل من قبل وكالة ماس هيلث MassHealth بأنه مؤهل للتغطية النمطية لـ MassHealth، طبقاً للدخل الأسري. **بالنسبة للعائلات التي لم تقم بعد بالتقديم في MassHealth، يجب إجراء ذلك في نفس توقيت ملء نموذج طلب الأهلية لبرنامج الإعفاء.**

كيفية التقديم في **MassHealth**: **يمكنك إرسال طلب التقديم الخاص بك في** MassHealth **بأي طريقة من الطرق التالية:**

قم بتسجيل الدخول في حسابك على [MAhealthconnector.org](file:///C%3A%5CUsers%5CMarSullivan%5CAppData%5CLocal%5CMicrosoft%5CWindows%5CAppData%5CLocal%5CMicrosoft%5CWindows%5CDesktop%5CMAhealthconnector.org) . يمكنك إنشاء حساب الكتروني إذا لم يكن لديك حساب بالفعل. ربما يكون التقديم من خلال الانترنت طريقة أسرع بالنسبة لك للحصول على التغطية بدلاً من التقديم من خلال إرسال طلب تقديم ورقي عبر البريد.

Arabic: Family Notice for the Autism Waiver Program English 2019

قم بإرسال طلبك الكامل والموقع عبر البريد إلى
Health Insurance Processing Center
P.O. Box 4405
Taunton, MA 02780

قم بإرسال طلبك الكامل والموقع عبر الفاكس على 8300-323-857-1.

قم بالاتصال على مركز خدمة العملاء التابع لـ MassHealth على الرقم 2900-841-800-1
(الهاتف النصي: 7773-623-877-1 خاص بالأشخاص الصم، ضعاف السمع، أو الذين يعانون من إعاقة بالنطق) أو
1-877-MA ENROLL (6765-623-877).

قم بزيارة مركز التسجيل التابع لـ MassHealth (MEC) لتقديم الطلب بصورة شخصية. راجع الكتيب الخاص بالأعضاء فيما يتعلق بالتغطية الصحية والمساعدة في دفع النفقات للحصول على قائمة من عناوين MEC.

كيف تشارك في عملية الأهلية:

1. احصل على نسخة من نموذج طلب برنامج التوحد
	1. برجاء التواصل مع مركز دعم مرض التوحد المحلي الخاص بك (مدون بالأسفل) لطلب الحصول على نموذج التقديم.
	2. مراكز دعم مرض التوحد متوفرة لمساعدتك في إكمال نموذج التقديم.
	3. سوف تقوم إدارة مرض التوحد بنشر جميع النماذج على الموقع الالكتروني لإدارة الخدمات الإنمائية:
		* [**www.mass.gov/DDS**](http://www.mass.gov/dmr) تحت "خدمات الطيف التوحدي"
2. أكمل نموذج التقديم الخاص ببرنامج التوحد

لإكمال هذا النموذج سوف تحتاج إلى:

* + - 1. تاريخ ميلاد طفلك
			2. رقم الضمان الاجتماعي لطفلك
			3. رقم تعريف الهوية الخاص بولاية ماساتشوستس لطفلك
1. أرسل نموذج التقديم الخاص بالأهلية لبرنامج التوحد
* يجب أن يكون لكل نماذج التقديم ختم بريدي أو تاريخ ختم بين **17 أكتوبر، 2019 و31 أكتوبر، 2019.**
* لن تلتفت شعبة التوحد لأي نماذج خارج هذه الفترة الزمنية المحددة.
* يرجى إكمال نموذج طلب الإعفاء الخاص بالتوحد بالقلم الجاف مع الكتابة بخط واضح.
* برجاء التوقيع على النموذج بالقلم الجاف.
* يسمح بطلب تقديم واحد فقط لكل طفل – لن تلتفت شعبة التوحد للنماذج المتعددة
* برجاء إرسال النموذج بالبريد (لا تقبل شعبة التوحد النماذج المسلمة باليد) إلى:

**AUTISM DIVISION of DDS**

**Att. Autism Program Application Form**

**500 Harrison Avenue, Boston, MA 02118**

من أولويات شعبة التوحد بإدارة الخدمات الإنمائية التأكد من كون عملية طلب الأهلية لبرنامج الإعفاء الخاص بالتوحد متاحة وميسرة بشكل كامل للعائلات والأطفال المصابين بمرض التوحد ممن هم من خلفيات لغوية وثقافية مختلفة.

الترجمة التحريرية والترجمة الشفوية الفورية متاحة من دون مقابل لجميع المشتركين.

تم توفير هذا الإشعار والمعلومات الأخرى الخاصة بالإعفاء على الموقع الالكتروني لإدارة الخدمات الإنمائية [www.mass.gov/DDS](http://www.mass.gov/DDS) تحت "خدمات الطيف التوحدي" وفي مراكز دعم مرض التوحد والممولة من قبل إدارة الخدمات الإنمائية. تتوافر المواد باللغة العربية، الصينية، الفرنسية، الكريولية – الهاييتية، الكمبودية، البرتغالية، الروسية، الإسبانية، التايلندية، والفيتنامية. للمزيد من المعلومات حول برنامج الإعفاء الخاص بمرض التوحدـ، قم بالتواصل مع مركز دعم مرض التوحد المحلي الخاص بك أو إرسال رسائل بريد الكتروني على AutismDivision@state.ma.us. أو اتصل بشعبة التوحد على 7518-624-617.

قائمة بمراكز دعم مرض التوحد:

**Pathlight: Autism Connections**:

116 Pleasant Street

Easthampton, MA, 01027

هاتف 2428-529-413: يخدم Western, MA

**Advocates: Autism Alliance of MetroWest (AAMW):**

1881 Worcester Road Suite 100A

Framingham, Ma, 01701

هاتف 9900-652-508: يخدم Metro West of Boston

**Community Autism Resources (CAR)**:

33 James Reynolds Rd, Unit C

Swansea, MA 02777

هاتف 0371-379-508: يخدم Southeastern, MA

**HMEA: Autism Resource Center**:

712 Plantation Street

Worcester, MA 01605

هاتف 3723-835-508: يخدم: Central, MA

**NEARC: The Autism Support Center**:

6 Southside Road

Danvers, MA 01923

هاتف: 9135-777-978: يخدم Northeastern, MA

**TILL, Inc.: Autism Support Center:**

20 Eastbrook Road

Dedham, MA 02026

هاتف 4600-302-781 x 4661: يخدم Greater Boston

**The Arc of South Norfolk: The Family Autism Center**:

789 Clapboardtree Street

Westwood, MA 02090

هاتف 4001-762-781 x 395: يخدم منطقة مقاطعة County

www.mass.gov/DDS

خدمات الطيف التوحدي

تتوافر المعلومات أيضاً بـ:

العربية، الأمهرية، الصينية، الفرنسية،

الكجراتية، الكريولية – الهاييتية، الكمبودية،

البرتغالية، الروسية،

الإسبانية، التايلاندية، التركية، الفيتنامية