

給有九歲以下且被診斷出自閉障礙症候群 **(Autism Spectrum Disorder)**

兒童的麻州家庭之重要訊息 **–**

公開申請時段**：2019** 年 **10** 月 **17** 日至 **2019** 年 **10** 月 **31** 日

發展服務署（DDS）自閉症部正舉辦一項「自閉症減免費用計劃」（Autism Waiver Program）。該計劃是透過一個名為「**擴大康復、教育**」的服務（密集居家服務和支援），對在行為、社交和溝通方面有嚴重問題的自閉症兒童提供一對一介入治療。這項服務將會在兒童的家中或其他自然情境中、並在接受過培訓的臨床職員督導下進行，可提供服務長達三年。該減免費用計劃亦同時提供相關的支援服務，如：社區整合活動、個別商品和服務和短暫休養服務（respite）等。在這三年密集居家服務結束時，有關兒童可能獲得符合其需求並幫助其過渡離開密集式「自閉症減免費用計劃」的補充性服務 —直至其九歲生日為止。

雖然該計劃目前已接近額滿，但經常會有兒童由於已滿九周歲或其他原因而退出該計劃。因此，我們希望能擁有一份當前有效的申請人名單，以便在有名額時可以從該名單中進行挑選。因此，自閉症部現正透過公開申請時段提供申請減免費用的機會。自閉症部上次的公開申請是在2018年10月。**這次公開申請時段則從10月17日至10月31日**。**請務必在10月17日至10月31日期間以郵寄或電子郵件的方式寄送有關申請書。在這個期間以外的申請，自閉症部將不會受理。**

這項自閉症計劃為三歲且正過渡離開「早期干預」的兒童保留名額。也就是說，自閉症部為三歲兒童保留了二十個全州範圍的名額。但這些兒童仍需符合所有與經濟和臨床方面相關的資格要求才能加入這項計劃。

這項自閉症減免費用計劃為患有自閉障礙症候群、並符合該減免費用計劃資格的兒童提供服務直到他們的九歲生日。所有減免費用服務要求兒童持續達到減免費用計畫的經濟和臨床資格要求。

**本訊息是要通知您有關「自閉症減免費用計劃」的資格要求：**

**資格：**必須符合下列要求才能參加本計劃：

1. 該名兒童必須被**確診**患有自閉障礙症候群（Autism Spectrum Disorder），並需經發展服務署核實。

2. 該兒童尚未達其九歲生日。從剛出生至八歲的兒童都可以參加。

3. 該兒童是麻州居民。

4. 該兒童經發展服務署評估，符合需要在中介照護機構內接受服務的智力障礙人士（ICF/ID）之照護程度。

5. 有關家庭選擇讓該兒童在家中和社區中接受服務。

6. 該兒童必須可以安全地在社區內接受服務。

7. 該兒童必須有一名法律責任代表，可對減免費用計劃的服務及支援作出指導。

**8.**  該兒童必須由「麻州醫療補助」（MassHealth）機構確定其家庭收入符合「麻州醫療補助標準」（MassHealth Standard）的補助範圍。目前尚未申請「麻州醫療補助」的家庭，必須在遞交「減免費用計劃資格申請表」時完成有關申請。

**如何申請「麻州醫療補助」?** 您可以通過以下任一方式申請「麻州醫療補助」:

**Autism Division of DDS, 500 Harrison Avenue, Boston, MA 02118** 第一頁



Chinese: Family Notice for the Autism Waiver Program 2019

登入您在 MAhealthconnector.org 的帳戶。假如您還未有相關帳戶，則可開設一個線上帳戶。線上申請可能比郵寄方式申請讓您更快速獲得相關補助。

把已填妥並簽署的申請表郵寄至：Health Insurance Processing Center P.O. Box 4405

Taunton, MA 02780

把已填妥並簽署的申請表傳真至 1-857-323-8300。

致電麻州醫療補助客戶服務中心，電話1-800-841-2900

（失聰、具聽力障礙、或具語言障礙人士請致電 TTY：1-877-623-7773）或1-877-MA ENROLL（877-623-6765）

前往麻州醫療補助登記中心（MEC）親自申請。各麻州醫療補助登記中心（MEC）的地址可參考「醫療保險及幫助支付費用」成員手册（Member Booklet for Health Coverage and Help Paying Costs）

**如何參加申請程序：**

1. **索取一份「自閉症減免費用計劃申請表」**

a. 請向貴區的自閉症支援中心（名單列於下面）索取有關申請表。

b. 自閉症支援中心可以協助你填寫申請表。

c. 自閉症部將會把所有表格放在發展服務署（DDS）的網站：

 **www.mass.gov/DDS** 放在「Autism Spectrum Services」之下

2. **填妥「自閉症減免費用計劃申請表」** **要填妥該表格，您需要：**

1. **您孩子的出生日期**

2. **您孩子的社會安全號碼**

3. **您孩子的麻州醫療補助成員身份證號碼**

3. **遞交「自閉症豁免收費計劃申請表」**

 所有申請的郵戳日期或日期章必須介在**2019年10月17日至2019年10月31日之間**。

 自閉症部將不受理這指定期間以外的申請表。

 請用鋼筆或原子筆以正楷清楚填妥表格。

 請用鋼筆或原子筆簽名。

 只可為每名兒童遞交一份申請表—遞交多份申請表將不被自閉症部受理。

 請把表格郵寄（自閉症部不會接受親臨遞交的表格）至:

**AUTISM DIVISION of DDS**

**Att. Autism Program Application Form**

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

發展服務署（DDS）自閉症部將首要之務在於確保來自不同語言和不同文化背境的自閉症兒童及其家庭都能有充份機會獲得「自閉症減免費用計劃」的參加資格。

第二頁

**為所有參與者免費提供筆譯和口譯服務。**

本通知及其他減免費用資訊可在發展服務署（DDS）網站 www.mass.gov/DDS的「Autism Spectrum Services」下取得，也可至發展服務署（DDS）資助的自閉症支援中心索取。相關資料提供阿拉伯文、中文、法文、海地–克里奧爾語、高棉語、葡萄牙文、俄文、西班牙文、泰文及越南文版本。如欲取得「自閉症減免費用計劃」的更多資訊，請聯絡您當地的自閉症支援中心，或來信至 AutismDivision@state.ma.us，或致電發展服務署（DDS）的自閉症部，電話：617-624-7518。

**自閉症支援中心列表：**

名稱：**Pathlight: Autism Connections**：

地址：116 Pleasant Street, Easthampton, MA, 01027

電話：#413-529-2428：服務麻州西部（Western, MA）

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

地址：1881 Worcester Road, Suite 100A, Framingham MA, 01701

電話：#508-652-9900：服務波士頓西都區（Metro West of Boston）

名稱：**Community Autism Resources (CAR)**：

地址：33 James Reynolds Rd, Unit C, Swansea, MA 02777

電話：#508-379-0371：服務麻州東南部（Southeastern, MA）

名稱：**HMEA: Autism Resource Center**：

地址：712 Plantation Street, Worcester, MA 01605

電話: #508-835-3723：服務麻州中部（Central, MA）

名稱：**NEARC: The Autism Support Center**：

地址：6 Southside Road, Danvers, MA 01923

電話：#978-777-9135：服務麻州東北部（Northeastern, MA）

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

地址：20 Eastbrook Road, Dedham, MA 02026

電話：#781-302-4600 x 4661：服務大波士頓區（Greater Boston）

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

地址：789 Clapboardtree Street, Westwood, MA 02090

電話：#781-762-4001, X. 395：服務諾爾福郡地區（Norfolk County Area）

www.mass.gov/DDS

自閉症服務

資料提供下列語言的版本：

阿拉伯文、阿姆哈拉文、中文、法文、古吉拉特語、海地–克里奧爾語、高棉語、 葡萄牙文、俄文、西班牙文、泰文、土耳其文、越南文

第三頁