ประกาศสำคัญถึงครอบครัวในมลรัฐแมสซาชูเซตส์

ซึ่งมีเด็กอายุต่ำกว่า **9** ปี

ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีกลุ่มโรคออทิสติก

เปิดรับลงทะเบียนวันที่ **17** ตุลาคม **2562** ถึง **31** ตุลาคม **2562**

กองงานออทิสติกของกรมบริการเพื่อการพัฒนา (Department of Developmental Services หรือ DDS) ทำงานเกี่ยวกับโครงการการยกเว้นสำหรับผู้ป่วยออทิสติก และให้บริการความช่วยเหลือแบบตัวต่อตัวเพื่อช่วยเหลือเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมรุนแรง มีปัญหาทางสังคมและการสื่อสาร ผ่านทางบริการที่มีชื่อว่า ความลงตัวและการศึกษาที่ขยายออกไป(บริการและความช่วยเหลืออย่างเข้มข้นที่บ้าน) บริการนี้สำหรับเด็กที่อยู่บ้านหรือที่อื่นใดซึ่งอยู่ภายใต้ความควบคุมของเจ้าหน้าที่คลินิกที่ผ่านการอบรมแล้ว และพร้อมให้บริการเป็นระยะเวลาสามปี การยกเว้นนี้ยังให้บริการที่เกี่ยวข้อง เช่น กิจกรรมการรวมตัวกันในชุมชน สินค้าและบริการเป็นรายบุคคล และการบรรเทาปัญหา ในช่วงท้ายของการให้บริการอย่างเข้มข้นนี้ เด็กอาจเข้าถึงบริการเสริมซึ่งตรงกับความต้องการ และมีประโยชน์ในช่วงการเปลี่ยนแปลงจากโครงการการยกเว้นสำหรับผู้ป่วยออทิสติกจนกระทั่งถึงวันเกิดครบอายุ 9 ปีของเด็ก

ขณะที่ที่ว่างของโครงการการยกเว้นสำหรับผู้ช่วยออทิสติกใกล้เต็มแล้ว แต่ยังมีเด็กออกจากโครงการอยู่ตลอดเวลาเนื่องจากอายุครบ 9 ปีหรือด้วยเหตุผลอื่น เราต้องการให้กลุ่มผู้สมัครในปัจจุบันรับทราบว่าโครงการนี้จะมีที่ว่างอีกเมื่อใด ดังนั้นกองงานออทิสติกขอนำเสนอโอกาสเพื่อขอยกเว้นตลอดช่วงที่เปิดรับสมัคร กองงานออทิสติกจะเปิดให้ลงทะเบียนครั้งสุดท้ายเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ **17** ตุลาคม ถึง **31** ตุลาคม กรุณาแน่ใจว่าได้ส่งไปรษณีย์หรืออีเมลใบสมัครในช่วงวันที่ **17** ตุลาคม ถึง **31** ตุลาคม กองงานออทิสติกจะคัดใบสมัครนั้น ๆ ออกไปหากส่งมานอกเหนือช่วงเวลาที่กำหนด

โครงการออทิสติกจะสงวนที่ว่างสำหรับเด็กอายุ 3 ปี และกำลังอยู่ในช่วงเปลี่ยนจากความช่วยเหลือล่วงหน้า (Early Intervention) ซึ่งหมายความว่ากองงานออทิสติกจะสงวนที่ว่าง 20 ที่ทั่วทั้งรัฐสำหรับเด็กอายุ 3 ปี เด็กเหล่านี้จำเป็นต้องมีเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทางการเงินและมาตรฐานการรับสิทธิ์ทางคลินิกเพื่อการเข้าสู่โครงการนี้

การยกเว้นสำหรับผู้ป่วยออทิสติกจะให้บริการเด็กจนกระทั่งอายุครบ 9 ปี และเป็นเด็กที่มีกลุ่มโรคออทิสติกซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดสำหรับโครงการนี้ เด็กที่ใช้บริการนี้ทั้งหมดจำเป็นต้องรักษาเงื่อนไขทางการเงินและข้อกำหนดการรับสิทธิ์ทางคลินิกสำหรับโครงการนี้

ประกาศนี้เป็นการแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับคุณสมบัติที่ตรงตามข้อกำหนดของโครงการยกเว้นสำหรับผู้ป่วยออทิสติก**:**

คุณสมบัติ: ข้อกำหนดต่อไปนี้จำเป็นต่อการเข้าร่วมโครงการ:

1. เด็กต้องรับ**การวินิจฉัยที่ได้รับการยืนยัน**ว่ามีกลุ่มโรคออทิสติก เพื่อให้กรมบริการเพื่อการพัฒนาตรวจสอบความถูกต้องได้
2. เด็กต้องมีอายุไม่ถึง 9 ปีนับตามวันเกิด เด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 8 ปีนับตามวันเกิดสามารถเข้าร่วมโครงการได้
3. เด็กต้องมีถิ่นพำนักในมลรัฐแมสซาชูเซตส์
4. เด็กต้องมีระดับของการดูแลที่จำเป็นในสิ่งอำนวยความสะดวกการดูแลปานกลางสำหรับบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา (ICF/ID) ซึ่งได้รับการประเมินจากกรมบริการเพื่อการพัฒนา
5. ครอบครัวต้องเลือกให้เด็กรับบริการที่บ้านและชุมชน
6. เด็กต้องสามารถรับบริการอย่างปลอดภัยในชุมชน
7. เด็กต้องมีตัวแทนผู้รับผิดชอบตามกฎหมายซึ่งสามารถชี้นำบริการและช่วยเหลือเกี่ยวกับการยกเว้นนี้ได้



Thai: Family Notice for the Autism Waiver Program English 2019

1. เด็กต้องพบกับตัวแทน MassHealth เพื่อขอรับสิทธิ์ความคุ้มครองตามมาตรฐานของ MassHealth และสอดคล้องกับพื้นฐานรายได้ครอบครัว ครอบครัวที่ยังไม่สมัครกับ **MassHealth** จำเป็นต้องกรอกแบบฟอร์มคำร้องให้สมบูรณ์เพื่อขอรับสิทธิ์จากโครงการนี้

วิธีการสมัครเข้า **MassHealth:** สามารถส่งใบสมัครสำหรับ MassHealth ได้โดยวิธีต่อไปนี้:

ลงชื่อสมัครบัญชีที่ [MAhealthconnector.org](file:///C:\Users\MarSullivan\AppData\Local\Microsoft\Windows\AppData\Local\Microsoft\Windows\Desktop\MAhealthconnector.org) คุณสามารถสร้างบัญชีออนไลน์ได้หากยังไม่มี การสมัครทางออนไลน์เป็นวิธีที่รวดเร็วเพื่อรับความคุ้มครองมากกว่าการส่งไปรษณีย์ใบสมัคร

ส่งใบสมัครที่กรอกและลงลายมือชื่อเรียบร้อยแล้วไปยัง   
Health Insurance Processing Center  
P.O. Box 4405  
Taunton, MA 02780

ส่งโทรสารใบสมัครที่กรอกและลงลายมือชื่อเรียบร้อยแล้วไปยังหมายเลข 1-857-323-8300

โทรศัพท์ไปยังแผนกบริการลูกค้าของ MassHealth ได้ที่หมายเลข 1-800-841-2900   
(TTY: 1-877-623-7773 สำหรับคนหูหนวก มีปัญหาเรื่องการได้ยิน หรือพูดไม่ได้) หรือ 1-877-MA ENROLL (877-623-6765)

เยี่ยมชมศูนย์การลงทะเบียน MassHealth (MassHealth Enrollment Center หรือ MEC) เพื่อสมัครด้วยตนเอง รับจุลสารสำหรับสมาชิกเพื่อความคุ้มครองสุขภาพและความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายสำหรับรายการของที่อยู่ MEC

วิธีเข้าร่วมกระบวนการการรับสิทธิ์**:**

1. รับสำเนาแบบฟอร์มคำร้องโครงการออทิสติก
   1. กรุณาติดต่อศูนย์ช่วยเหลือออทิสติกในท้องถิ่น (ตามรายชื่อด้านล่าง) เพื่อขอใบสมัคร
   2. ศูนย์ช่วยเหลือออทิสติกพร้อมให้บริการเพื่อช่วยคุณกรอกใบสมัคร
   3. กองงานออทิสติกจะโพสต์แบบฟอร์มทั้งหมดบนเว็บไซต์ของ DDS:
      * [**www.mass.gov/DDS**](http://www.mass.gov/dmr)ภายใต้หัวข้อ ‘บริการกลุ่มโรคออทิสติก’
2. กรอกแบบฟอร์มใบสมัครโครงการออทิสติก

การกรอกแบบฟอร์มให้สมบูรณ์ คุณต้องมีข้อมูล**:**

* + - 1. วันเกิดของเด็ก
      2. หมายเลขประกันสังคมของเด็ก
      3. หมายเลขไอดี **MassHealth** ของเด็ก

1. ส่งแบบฟอร์มใบสมัครขอรับสิทธิ์โครงการออทิสติก

* ใบสมัครทั้งหมดต้องมีเครื่องไปรษณีย์หรือประทับตราวันที่ระหว่าง **17** ตุลาคม **2562** ถึง **31** ตุลาคม **2562**
* กองงานออทิสติกจะคัดใบสมัครที่ส่งนอกเหนือช่วงเวลาที่กำหนดออกไป
* กรุณากรอกแบบฟอร์มคำร้องการยกเว้นออทิสติกด้วยปากกาและเขียนด้วยลายมือบรรจงอย่างชัดเจน
* กรุณาลงลายมือชื่อบนแบบฟอร์มด้วยปากกา
* ใบสมัครหนึ่งใบสำหรับเด็กหนึ่งคน—กองงานออทิสติกจะคัดแบบฟอร์มที่ซ้ำกันออกไป
* กรุณาส่งไปรษณีย์แบบฟอร์ม (กองงานออทิสติกไม่รับแบบฟอร์มที่นำส่งด้วยตนเอง) ไปยัง:

**AUTISM DIVISION of DDS**

**Att. Autism Program Application Form**

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

เป็นเรื่องสำคัญที่แผนกออทิสติกของ DDS ต้องแน่ใจว่าการร้องขอการรับสิทธิ์เพื่อโครงการยกเว้นออทิสติกนี้เข้าถึงครอบครัวและเด็กที่มีโรคออทิสติกซึ่งมีพื้นเพจากหลากหลายภาษาและวัฒนธรรม

การแปลและการตีความพร้อมให้บริการผู้ร่วมโครงการทั้งหมดโดยไม่มีค่าใช้จ่าย

ประกาศฉบับนี้และข้อมูลการยกเว้นอื่น ๆ พร้อมใช้งานบนเว็บไซต์ของ DDS ที่ [www.mass.gov/DDS](http://www.mass.gov/dmr) ภายใต้หัวข้อ ‘บริการกลุ่มโรคออทิสติก’ และที่ศูนย์ช่วยเหลือออทิสติกของ DDS เนื้อหาพร้อมให้บริการในภาษาอาหรับ จีน ฝรั่งเศส เฮติครีโอล เขมร โปรตุเกส รัสเซีย สเปน ไทย และเวียตนาม สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโครงการยกเว้นสำหรับผู้ป่วยออทิสติก กรุณาติดต่อศูนย์ช่วยเหลือออทิสติกในท้องถิ่น หรือส่งอีเมลไปยัง [AutismDivision@state.ma.us](mailto:AutismDivision@state.ma.us) หรือโทรศัพท์ไปยังกองงานออทิสติกของ DDS ที่หมายเลข 617-624-7518

รายชื่อของศูนย์ช่วยเหลือออทิสติก (**Autism Support Centers):**

**Pathlight: Autism Connections**:

116 Pleasant Street

Easthampton, MA, 01027

#413-529-2428: ให้บริการ Western, MA

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

1881 Worcester Road Suite 100A

Framingham, Ma, 01701

#508-652-9900: ให้บริการ Metro West of Boston

**Community Autism Resources (CAR)**:

33 James Reynolds Rd, Unit C

Swansea, MA 02777

#508-379-0371: ให้บริการ Southeastern, MA

**HMEA: Autism Resource Center**:

712 Plantation Street

Worcester, MA 01605

#508-835-3723: ให้บริการ Central, MA

**NEARC: The Autism Support Center**:

6 Southside Road

Danvers, MA 01923

#978-777-9135: ให้บริการ Northeastern, MA

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

20 Eastbrook Road

Dedham, MA 02026

#781-302-4600 x 4661: ให้บริการ Greater Boston

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

789 Clapboardtree Street

Westwood, MA 02090

#781-762-4001, X. 395 ให้บริการ Norfolk County Area

www.mass.gov/DDS

บริการกลุ่มโรคออทิสติก (Autism Spectrum Services)

มีข้อมูลที่พร้อมใช้งานในภาษา:

อาหรับ อัมฮาริค จีน ฝรั่งเศส คุชราต เฮติครีโอล เขมร

โปรตุเกส รัสเซีย สเปน ไทย ตุรกี เวียตนาม