The Commonwealth of Massachusetts

Executive Office of Health & Human Services

Department of Developmental Services

500 Harrison Avenue

**Marylou Sudders**

**Secretary**

**Jane F. Ryder**

**Commissioner**

**Area Code (617) 727-5608**

**TTY: (617) 624-7590**

Boston, MA 02118

**Charles D. Baker**

**Governor**

**Karyn E. Polito**

**Lieutenant Governor**

September, 2017

Septembre 2018

Cher Parent ou Tuteur,

Nous vous adressons la présente lettre parce que nous avons, dans nos dossiers, un Formulaire de Demande d'Inscription au Programme d'Autorisation spéciale pour Autistes au nom de votre enfant. Le Service pour Autistes va bientôt ouvrir une nouvelle période de demande d'inscription libre au Programme d'Autorisation spéciale pour Autistes. Nous voulons donc nous assurer que la liste des demandes d'inscription au Programme d'Autorisation spéciale pour Autistes actuellement en notre possession est à jour, et offrir l'occasion de participer aux familles ayant un ou des enfants chez qui l'autisme a été récemment diagnostiqué.

**Si vous souhaitez encore que l'inscription de votre (vos) enfant(s) soit envisagée au Programme d'Autorisation spéciale pour Autistes, veuillez remplir le Formulaire de Demande d'Inscription d'une page joint à cette lettre. Les formulaires d'inscription antérieurs, datant de la dernière période de demande d'inscription libre, ne sont plus valables.**

**La nouvelle période de demande d'inscription libre s'étend du 17 au 31 octobre 2018.** Veillez à ce que votre demande d'inscription soit bien POSTÉE ou transmise par courriel entre ces deux dates. Le Service pour Autistes rejettera toute demande d'inscription reçue avant le 17 octobre ou marquée d’un cachet de la poste ultérieur au 31 octobre 2018.

L'Autorisation spéciale restera applicable à l'enfant jusqu'à son 9e anniversaire, s'il présente un trouble autistique conforme aux critères d'éligibilité définis. Bien que le programme soit presque au complet, un taux élevé de renouvellement s’y opère chaque année. Nous nous reportons donc occasionnellement à cette liste de demande d’inscription libre, pour combler toute vacance.

L'Autorisation spéciale permet aux enfants de bénéficier de services d'élargissement de leurs capacités et de formation (soutiens intensifs à domicile), pour une durée moyenne de 6-8 heures par semaine. La famille peut aussi obtenir des Services complémentaires d'accompagnement (soins de répit, matériel et services nécessaires, etc.) en fonction des besoins de l’enfant. Les services fournis en vertu de l'autorisation spéciale sont arrêtés au 9e anniversaire de l’enfant. Tout service obtenu dans le cadre de l’autorisation spéciale exige que l'enfant continue de satisfaire aux conditions financières et médicales d'éligibilité au Programme d'Autorisation spéciale.

**Ci-dessous, à titre de rappel, les conditions d'éligibilité de base au Programme d'Autorisation spéciale pour Autistes : Éligibilité** : Conditions devant être obligatoirement remplies pour la participation à ce programme :

1.Le diagnostic de **trouble du spectre autistique doit être confirmé** chez l'enfant.

2.L'enfant ne doit pas avoir atteint son 9e anniversaire. L'enfant peut participer de la naissance à l'âge de 8 ans.

3.L'enfant doit résider dans le Massachusetts.

4.L'enfant doit satisfaire aux normes médicales d'éligibilité.

5.La famille choisit que l'enfant reçoive les services à domicile et dans la communauté de résidence.

6.L'enfant doit être à même de recevoir les services en toute sécurité dans la communauté.

7.L'enfant doit être légalement représenté par une personne apte à superviser les services fournis dans le cadre du

Programme d'Autorisation spéciale.



French: Letter to families AWP OE 2018

8.L'enfant doit être éligible ou en mesure d'obtenir l'éligibilité à la protection **MassHealth Standard.**

Comment déposer une demande d'inscription à Masshealth? Vous pouvez soumettre votre demande d'inscription à

Masshealth par l'une des méthodes ci-dessous:

Ouvrez une session sur votre compte en ligne à MAhealthconnector.org. Si vous n'avez pas encore un compte en ligne, vous pouvez en créer un. La demande soumise en ligne peut être un moyen plus rapide d'obtenir votre couverture médicale que la demande soumise par la poste.

Expédiez votre demande signée à l'adresse postale suivante : Health Insurance Processing Center

P.O. Box 4405

Taunton, MA 02780.

Expédiez votre demande signée par fax au 1-857-323-8300.

Appelez le Service Clientèle MassHealth au 1-800-841-2900

(TTY: 1-877-623-7773 pour les personnes malentendantes ou ayant des difficultés d'élocution) ou au 1-877-MA ENROLL

(1-877-623-6765)

Rendez-vous à un centre d'inscription MassHealth (MEC) pour vous inscrire en personne. Reportez-vous au Livret à l'usage des membres concernant la couverture médicale et l'Assistance en matière de paiements (Member Booklet for Health Coverage and Help Paying Costs) pour une liste d'adresses MEC.

**Comment participer au processus de demande d'inscription libre :**

***SEULEMENT UNE DEMANDE PAR ENFANT* –** Toute demande multiple sera rejetée.

**Soumission du Formulaire de Demande d'Inscription par courrier régulier:**

**Toute demande d’inscription doit être marquée d’un cachet de la poste daté du 17 au 31 octobre**

**2018**.

Veuillez remplir le formulaire de demande à l’encre et **écrire lisiblement en caractères d’imprimerie.**

Merci d’expédier le formulaire à l’adresse ci-dessous *(le Service pour Autistes ne pourra pas accepter des formulaires envoyés par porteur)*:

**AUTISM DIVISION of DDS,**

**ATT: Autism Waiver Program Open Request**

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

**Soumission du Formulaire de Demande d'Inscription par courrier électronique :**

 Toute demande d’inscription doit être adressée à  **[AutismDivision@state.ma.us](mailto:AutismDivision@state.ma.us)**[.](mailto:AutismDivision@state.ma.us)

 **La demande d’inscription doit être expédiée personnellement par un parent ou tuteur.**

 La demande d’inscription doit être expédiée entre **le 17 et le 31 octobre 2018.**

 Le formulaire d’inscription peut être rempli électroniquement ou écrit à l’encre en caractères

d’imprimerie, puis converti en format électronique par un scanner pour être expédié par courriel.

 Les formulaires expédiés en annexe peuvent l’être dans l’un des formats suivants : PDF (de préférence)

ou JPG à condition d’être tout à fait lisibles.

oPour l’expédition par téléphone cellulaire multifonctions (smartphone) ou par tablette, télécharger sans frais l’application scanner et expédier en format PDF.

**Des services de traduction et d'interprétariat sont offerts gratuitement aux participants.**

Le Service pour Autistes DDS met à la disposition des familles les formulaires nécessaires à la demande d'inscription au Programme d'Autorisation spéciale en différentes langues. Veuillez vous reporter au site Web de DDS ou appeler l'un des sept centres de soutien aux autistes financés par DDS afin d'obtenir un exemplaire en ***arabe, chinois, français, créole haïtien, khmer, mandarin, portugais, russe, espagnol, thaïlandais ou vietnamien***. La présente notification, ainsi que d'autres informations concernant l’autorisation spéciale, sont disponibles sur le site Web de DDS à l'adresse [www.mass.gov/DDS](http://www.mass.gov/dmr) sous la rubrique des Services liés au Spectre autistique (Autism Spectrum Services) ainsi qu'aux centres de soutien aux autistes financés par DDS. Pour des informations complémentaires concernant le Programme d'Autorisation spéciale pour Autistes, ou pour les réponses à vos questions, veuillez appeler au 617-624-7518 ou adresser un courriel à l’adresse [**AutismDivision@state.ma.us**](mailto:AutismDivision@state.ma.us) ou appelez l'Autism Division au 617-624-7518.