

**DDS 가정 및 지역사회 기반 서비스
성인 웨이버 프로그램 신청서**

신청자 성명: _____
(명확하게 인쇄체로 작성)
신청자 주소: _____
생년월일:(월/일/년): _____ / _____ / _____ 사회 보장 번호: _____ / _____ / _____
신청자가 DDS 에 의해 지적 장애가 있는 유자격자로 결정된 적이 있습니까?
_____ 에 _____ 아니요
보호자 성명(있는 경우): _____
연락할 사람 : _____
신청자와의 관계: _____
연락처 전화 번호: () - _____

다음 4 가지 옵션 중 하나를 선택하십시오: (프로그램 설명은 뒷면 참조)

1. () 본인은 세 가지 DDS 성인 웨이버 프로그램 중 하나를 신청합니다.
 - 본인은 이 옵션을 선택하는 경우, 성인 지원 웨이버 프로그램(Adult Supports Waiver Program)에 대해 먼저 평가를 받고 성인 웨이버 프로그램 자격이 있는 것으로 판단되면 다른 DDS 웨이버 프로그램에 대해 고려되지 않을 것임을 이해합니다.
 - 성인 지원 웨이버 프로그램 자격이 없는 것으로 확인되는 경우, 지역사회 생활 웨이버 프로그램(Community Living Waiver Program)에 대한 평가를 받게 됩니다. 지역사회 생활 웨이버 프로그램 자격이 있는 것으로 판단되면, 다른 DDS 웨이버 프로그램에 대해 고려되지 않습니다.
 - 지역사회 생활 웨이버 프로그램에 자격이 없는 것으로 확인되는 경우, 집중 지원 웨이버 프로그램(Intensive Supports Waiver Program)에 대한 평가를 받게 됩니다.
2. () 본인은 자택에 또는 혼자 생활하고 있기 때문에 **성인 지원 웨이버 프로그램만** 신청합니다. 다른 지원 프로그램에 대해 고려되지 않을 것입니다.
3. () 본인은 자택, 가족의 집, 또는 다른 사람의 집에서 생활하기 위해 중간 정도의 지원이 필요하지만 24 시간 감독은 필요하지 않기 때문에 **지역사회 생활 웨이버 프로그램만** 신청합니다. 다른 지원 프로그램에 대해서는 고려되지 않을 것입니다.
4. () 본인은 24 시간 감독이 필요하기 때문에 **집중 지원 웨이버 프로그램만** 신청합니다. 다른 지원 프로그램에 대해서는 고려되지 않을 것입니다.

선택 진술:

본인 _____ (신청인 또는 보호자)은 가정 및 지역사회 기반 서비스 웨이버 프로그램을 신청하며 ICF/ID 가 아닌 지역사회에서 거주하고 본인의 서비스를 받기로 선택합니다.

서명: _____

날짜:(월/일/년): _____ / _____ / _____

본 양식을 작성해 다음 주소로 우편으로 보내 주십시오:

**Department of Developmental Services
Waiver Management Unit
40 Broad Street, 4th Floor
Boston, MA 02109
www.mass.gov/dds**



MASSACHUSETTS DEPARTMENT OF DEVELOPMENTAL SERVICES

매사츄세추 발달서비스부

보건 사회 서비스 사무국

Kiame Mahaniah, 총무

Department of Developmental Services (DDS) 발달서비스부

Sarah W. Peterson, 위원

DDS 가정 및 지역사회 기반 서비스 성인 웨이버 프로그램 신청서

DDS 성인 웨이버 프로그램 자격을 갖추려면 다음을 충족해야 합니다.

DDS 의 결정에 따른 지정 장애인;

Medicaid 자격 요건 충족;

22 세 이상;

지적 장애인을 위한 중간치료 시설(ICF/ID — 매사츄세추에서 ICF/ID 는 대규모 기관임) 입소 자격을 포함하는 웨이버 서비스에 대한 연방 요건 충족;

기관이 아닌 지역사회에서 서비스를 받기로 선택; 또한

한 가지 이상의 웨이버가 필요한지 여부에 대해 평가를 받아야 함.

DDS 성인 웨이버 프로그램에는 세 가지 종류가 있습니다.

성인 지원 웨이버 프로그램(Adult Supports Waiver Program)은 강력한 자연/비공식, 일반 및 Medicaid 서비스의 조합으로 인해 자택이나 가정에서 생활할 수 있는 개인을 위한 것입니다.

지역사회 생활 웨이버 프로그램(Community Living Waiver Program)은 자연, 일반, 및 Medicaid 서비스의 조합으로 인해 자신의 가정이나 다른 사람의 가정에서 생활할 수 있고 주 7 일 하루 24 시간 감독이 필요하지 않은 개인을 위한 것입니다.

집중 웨이버 프로그램(Intensive Waiver Program)은 중대한 행동, 의료, 및/또는 신체적 지원이 필요하고 이용 가능한 자연, 일반 및 Medicaid 지원이 없어 자택이나 가정 밖에서 주 7 일 하루 24 시간 감독 및 지원이 필요한 개인을 위한 것입니다.

DDS 지역 사무실

북동부 : Hogan Regional Center, P0 Box A, Hathorne, MA 01937

Kelly Lawless, 지역 디렉터 (978) 774-5000

중서부: 140 High Street, Suite 301, Springfield, MA01105

Anthony Keane, 지역 디렉터 (413) 205-0800

메트로: 465 Waverley Oaks Road, Suite 120, Waltham, MA 02452

Kaitlyn Spencer, 지역 디렉터 (781) 314-7500

남동부: 151 Campanelli Drive, Middleboro, MA 02346

Richard O'Meara, 지역 디렉터 (508) 866-5000