

INSCRIÇÃO PARA OS SERVIÇOS DE BASE RESIDENCIAL E COMUNITÁRIA DO REEMBOLSO DE VERBAS PARA ADULTOS DO DDS

Nome do candidato: _____
(Escreva com Clareza)
Endereço do candidato: _____
Data de nascimento: (mês/dia/ano): ____/____/____ N°. do Seguro Social: ____/____/____
O candidato foi determinado qualificável pelo DDS como uma pessoa portadora de uma deficiência intelectual?
____ Sim ____ Não
Nome do Guardião (se houver): _____
Quem contatar: _____
Relação com o candidato: _____
Telefone para Contato: (____) ____ - _____

FAVOR ASSINALAR UMA DAS SEGUINTE QUATRO OPÇÕES: (veja o verso para as descrições dos programas)

1. ☐ Estou **me inscrevendo para qualquer um dos três Programas de Reembolso de Verbas para Adultos do DDS**.
 - Eu compreendo que se escolher essa opção, serei primeiro avaliado pelo Programa de Auxílio de Reembolso de Verbas para Adultos e se eu for determinado qualificável para esse programa, eu não serei considerado para nenhum outro programa de reembolso de verbas do DDS.
 - Se eu não for considerado qualificável para o Programa de Auxílio de Reembolso de Verbas para Adultos, eu serei avaliado pelo Programa de Reembolso de Verbas para Vida Comunitária. Se for determinado qualificável para o Programa de Reembolso para Vida Comunitária, eu não serei considerado para nenhum outro programa de reembolso de verbas do DDS.
 - Se for determinado desqualificado para o Programa de Reembolso de Verbas para Vida Comunitária, eu serei avaliado pelo Programa de Reembolso de Verbas para Auxílios Intensivos.
2. ☐ Estou **me inscrevendo somente** para o **Programa de Auxílio de Reembolso de Verbas para Adultos** porque moro com minha família ou sozinho ou em um outro lar e preciso de pelo menos um serviço de reembolso de verbas. Eu não serei considerado para nenhum outro programa de reembolso de verbas.
3. ☐ Estou **me inscrevendo somente** para o **Programa de Reembolso de Verbas para Vida Comunitária** porque preciso de um nível moderado de auxílios para viver sozinho ou na casa de minha família ou na casa de outra pessoa, mas não preciso de 24 horas de supervisão. Eu não serei considerado para nenhum outro programa de reembolso de verbas.
4. ☐ Estou **me inscrevendo somente** para o **Programa de Reembolso de Verbas para Auxílios Intensivos** porque preciso de 24 horas de supervisão. Eu não serei considerado para nenhum outro programa de reembolso de verbas.
- 5.

DECLARAÇÃO DE ESCOLHA

Eu _____ (Candidato ou guardião) escolho me inscrever para os Serviços de Base Residencial e Comunitária do Reembolso de Verbas para Adultos e morar e receber os meus serviços na comunidade ao invés de em uma Instituição de Cuidados Intermediários para Indivíduos com Deficiência Intelectual (ICF/ID).

ASSINATURA: _____

DATA: (mês/dia/ano) ____/____/____

Preencha esse formulário e envie-o pelo correio
para:

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



**MASSACHUSETTS DEPARTMENT OF DEVELOPMENTAL
SERVICES**

**Executive Office of Health and Human Services
Kiame Mahaniah, Secretary
Department of Developmental Services,
Sarah W. Peterson, Commissioner**

***INSCRIÇÃO PARA OS SERVIÇOS DE BASE RESIDENCIAL E
COMUNITÁRIA DO REEMBOLSO DE VERBAS PARA ADULTOS DO DDS***

Para se qualificar para os Programas de Reembolso de Verbas para Adultos do DDS você deve:

Ser uma pessoa com uma deficiência intelectual conforme determinado pelo DDS;
Cumprir com os requerimentos de qualificação do Medicaid;
Ter pelo menos 22 anos ou mais de idade;
Cumprir com os requerimentos federais para os serviços de reembolso de verbas incluindo qualificação para
admissão à Instituição de Cuidados Intermediários para pessoas com Deficiências Intelectuais (ICF/ID —
em Massachusetts, uma ICF/ID é uma instituição grande);
Decidir receber os seus serviços na comunidade ao invés de em uma instituição; e Ser
avaliado e necessitar de um ou mais serviços de reembolso de verba.

Há três diferentes Programas de Reembolso de Verbas para Adultos do DDS:

- O Programa de Reembolso de Verbas de Auxílios para Adultos** é para indivíduos que podem morar em sua própria casa ou na casa de sua família devido a uma combinação de serviços de Medicaid, genéricos e naturais ou informais fortes.
- O Programa de Reembolso de Verbas para Vida Comunitária** é para indivíduos que podem morar na casa de sua família ou de outra pessoa e não precisam de supervisão 24 horas por dia, sete dias por semana, devido à combinação de serviços de Medicaid, genéricos e naturais.
- O Programa Intensivo de Reembolso de Verbas** é para indivíduos que precisam de supervisão e auxílio 24 horas por dia, sete dias por semana, fora de sua casa ou da casa de sua família devido a necessidades significativas de auxílio comportamental, médico e/ou físico e a ausência de serviços de Medicaid, genéricos e naturais.

SEDES REGIONAIS DO DDS

**Nordeste: Hogan Regional Center, P0 Box A, Hathorne, MA 01937
Kelly D. Lawless, Diretora Regional (978) 774-5000**

**Centro-Oeste: 140 High Street, Suite 301, Springfield, MA 01105
Anthony Keane, Diretor Regional (413) 205-0800**

**Metropolitana: 465 Waverley Oaks Rd., Suite 120, Waltham, MA 02452
Kaitlyn Spencer, Diretora Regional (781) 314-7500**

**Sudeste: 151 Campanelli Drive, Suite B, Middleboro, MA 02346
Richard O'Meara, Diretor Regional (508) 866-5000**