

**SOLICITUD DEL DDS PARA EL PROGRAMA DE EXENCIÓN PARA ADULTOS
EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD**

Nombre del solicitante: _____

(Escriba claramente en letra de molde)

Dirección del solicitante: _____

Fecha de nacimiento: (mes/día/año): ____/____/____ Número Seguro Social: ____/____/____

¿El DDS determinó que el solicitante es una persona elegible con discapacidad intelectual? ☐ Sí ☐ No

Nombre del guardián o tutor (si alguno): _____

Persona de contacto: _____

Su relación con el solicitante: _____

Teléfono de contacto: (____) ____ - ____

POR FAVOR, MARQUE UNA DE LAS SIGUIENTES CUATRO OPCIONES: (ver el otro lado del papel para las descripciones de los programas)

1. ☐ **Estoy solicitando cualquiera de los tres Programas de Exención para Adultos del DDS.**
 - Yo entiendo que si elijo esta opción, primero seré evaluado para el Programa de Exención de Apoyos para Adultos, y que si me eligen para el Programa de Exención de Apoyos para Adultos, no me considerarán para ningún otro programa de exención del DDS.
 - Si no me eligen para el Programa de Exención de Apoyos para Adultos, me evaluarán para el Programa de Exención de Residencia Comunitaria. Si me eligen para el Programa de Exención de Residencia Comunitaria, no me considerarán para ningún otro programa de exención del DDS.
 - Si no me eligen para el Programa de Exención de Residencia Comunitaria, me evaluarán para el Programa de Exención de Apoyos Intensivos.
2. ☐ **Solo estoy solicitando al Programa de Exención de Apoyos para Adultos** porque vivo en el hogar, o vivo por mi cuenta y necesito al menos un servicio de exención. No me considerarán para ningún otro programa de exención.
3. ☐ **Solo estoy solicitando al Programa de Exención de Residencia Comunitaria** porque necesito un nivel moderado de apoyos para poder vivir en mi propio hogar, en el hogar de mi familia o en la casa de otra persona, pero no requiero supervisión las 24 horas. No me considerarán para ningún otro programa de exención.
4. ☐ **Solo estoy solicitando al Programa de Exención de Apoyos Intensivos** porque requiero supervisión las 24 horas. No me considerarán para ningún otro programa de exención.

DECLARACIÓN DE SELECCIÓN

Yo _____ (solicitante o guardián) elijo solicitar a los Programas de Servicios de Exención para Adultos en el Hogar y la Comunidad, y residir y recibir mis servicios en la comunidad, en vez de un Centro de Cuidado Intermedio para Individuos con Discapacidad Intelectual (ICF/ID).

FIRMA: _____

Fecha: (mes/día/año) ____/____/____

Llene este formulario y envíelo a:

**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**

***SOLICITUD DEL DDS PARA EL PROGRAMA DE EXENCIÓN PARA
ADULTOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD***

Para ser elegible para los Programas de Exención para Adultos del DDS usted debe:

Tener una discapacidad intelectual según lo determine el DDS;

Cumplir con los requisitos de elegibilidad del Medicaid;

Debe tener 22 años de edad o más;

Cumplir con los requisitos federales de exención de servicios, incluyendo elegibilidad para que lo admitan

Hay tres diferentes Programas de Exención para Adultos del DDS:

El **Programa de Exención de Apoyos para Adultos** es para individuos que pueden vivir en su propia casa u hogar familiar debido a la combinación de un fuerte servicio natural/informal, genérico y de Medicaid.

El **Programa de Exención de Residencia Comunitaria** es para individuos que pueden vivir en su hogar familiar o en el hogar de otra persona, y no necesitan supervisión 24 horas al día, siete días a la semana, debido a la combinación de servicios naturales, genéricos y de Medicaid.

El **Programa de Exención de Apoyos Intensivos** es para individuos que necesitan supervisión y apoyo 24 horas al día, siete días a la semana, fuera de su hogar u hogar familiar, debido a necesidades de apoyo significativas por comportamiento, médicas y/o físicas, y a la falta de disponibilidad de servicios naturales, genéricos y de Medicaid.

OFICINAS REGIONALES DEL DDS

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

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

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

***Sureste:* 151 Campanelli Drive, Suite B, Middleboro, Ma 02346
Richard O'Meara, Director Regional (508) 866-5000**