

**Charles Baker**

**Governor**

**Karyn E. Polito**

**Lieutenant Governor**

The Commonwealth of Massachusetts Executive Office of Health & Human Services Department of Developmental Services

500 Harrison Avenue

Boston, MA 02118

**Marylou Sudders**

**Secretary**

**Jane F. Ryder**

**Acting Commissioner**

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

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

Eylül 2017

Sayin Veli/Vasi,

Çocuk veya çocuklarınız için doldurduğunuz Otizm Muafiyet Programı İstek Formu (*Autism Waiver Program Request Form)* elimize geçtiği için size bu yazışmayı gönderiyoruz. Otizm İşleri Dairesi, Otizm Muafiyet Programı Kontenjan Başvuru Dönemi’ne (*Open Request Period*) hazırlanıyor. Böylece, Gelişimsel Hizmetler Ofisi, Otizm İşleri Dairesi bünyesindeki Otizm Muafiyet Programındaki bütün başvuruların geçerliliğini sağlama ve çocuğuna yeni otizm tanısı konmuş kişilere de bu programdan yararlanma imkani sunuyoruz.

**Çocuk veya çocuklarınızın Otizm Muafiyet Programı’na katılımının ön değerlendirmesi için, bu mektubun ekindeki bir sayfalık başvuru formunu doldurmalısınız. Önceki başvuru dönemindeki yapılan bütün başvurular geçersiz sayılır.**

**Kontenjan Başvuru Dönemi 17-31 Ekim 2017’dır. Programa katılım için bütün başvuruların 17-31 Ekim**

**2017’da yapılması şarttır.** Lütfen başvuruları, POSTA yoluyla yazılı olarak veya e-posta yoluyla, sadece bu tarihler arasında yapınız. Otizm İşleri Dairesi 17 Ekim’den önce veya 31 Ekim’den sonra gönderilen başvuruları kabul etmez.

Muafiyet Programı, otizm spektrum tanısı konmuş, programa katılma kriterlerine uyan çocuklara, 9. yaşına basana kadar hizmet sunar. Şu anda bu program yılda yaklaşık 385 çocuğa hizmet vermektedir. Program kapasitesini neredeyse doldurduysa da, her sene katılımcılar programdan ayrıldığı için, açılan kontenjanlara, bu Kontenjan Başvuru Dönemi’nde yapılan başvurulardan yeni katılımcıları seçebiliyoruz.

Muafiyet Programı, çocukların, genişletilmiş habilitasyon, eğitim (ev bazlı yoğun destekler) gibi haftada ortalama 6-8 saatlik bir destekten yararlanmalarını sağlar. Aileler, ihtiyaçları doğrultusunda ek hizmetler alabilir (örneğin *respite*-ailenin dinlemesi için çocuğa geçici bakım, araç ve gereçler, diğer hizmetler gibi). Otizm Muafiyet Programı hizmetleri çocuğun dokuzuncu yaş doğum gününde sona erer. Hizmetlerden yararlanabilmesi için, çocuğun finansal ve klinik açıdan programa katılım şartlarını yerine getirmesinin devam ediyor olması zorunludur.

**Özetle, Otizm Muafiyet Programından yararlanabilmek için gerekli ön şartlar şunlardır:**

**Katı l ı m ş artları** : bu programdan yararlanabilmek için aşağıdaki hususlara dikkat edilmesi şarttır:

1. Çocuğun **doğrulanmış otizm spektrum tanısı** olması şartı

2. 9 yaşından gün almamış olmak. 0-8 yaş arası çocuklar programa katılabilirler.

3. Çocuğun ikametinin Massachusetts eyaletinde olması şartı

4. Çocuğun durumunun klinik açıdan bu programa uygun olması şartı

5. Ailenin çocuk için evde veya toplum içinde hizmet almasını tercih etmesi

6. Çocuğun durumunun, toplum içinde güvenlik açısından hizmet almaya müsait olması

7. Çocuğun, Muafiyet hizmetlerini yürütebilecek yasal açıdan sorumlu temsilcisinin (*legally responsible representative*) olması

Turkish: Letter to Families AWP OE 2017

**8. Çocuğun *MassHealth Standard* sigorta programından yararlanma hakkına sahip olması ve ya bu hakkı elde edebilecek durumda olması**

MassHealth güvencesine nasıl başvurabilirim? MassHealth’e çeşitli yollardan başvuru yapabilirsiniz:

 [MAhealthconnector.org’](file:///C%3A/jgeorge/Desktop/MAhealthconnector.org)dan üyelik hesabınıza giriş yapın. Hesabınız yoksa internet üzerinden üyelik hesabı açabilirsiniz. İnternet üzerinden yapılan başvurular, kağıt üzerinden yapılan başvurulara göre daha hızlı sigorta hizmetlerinden yararlanmanızı sağlayabilir.

 Tamamlanmış ve imzalanmış başvuru formunu bu adrese postalayabilirsiniz:

Health Insurance Processing Center

P.O. Box 4405

Taunton, MA 02780.

 Tamamlanmış ve imzalanmış başvuru formunu 1-857-323-8300 no.lu faxa gönderebilirsiniz.

 800-841-2900 no.lu telefondan MassHealth müşteri hizmetleri bölümüne ulaşabilirsiniz.

(TTY: 1-877-623-7773 işitme ve konuşma engelli kişiler için) veya 1-877-MA ENROLL (1-877-623-6765).

 MassHealth Request Center (MEC) ofisine giderek kişisel başvuru yapabilirsiniz. MEC ofislerinin adresleri için, Sağlık Hizmetleri Kapsamı ve Sağlık Harcamaları Yardımı Üye Kitapçığı’na (*Member Booklet for Health Coverage and Help Paying Costs*) danışın.

 **Kontenj an A ç ı k B aş v ur u Dönemi ’nde N as ı l B aş v ur abi l i r i m ?**

***ÇOCUK BAŞINA SADECE BİR FORM DOLDURUNUZ –*** Birden fazla form gönderilmesi halinde, hiç biri

değerlendirilmeyecektir.

**Başvuru formunu gönderiniz: Posta yoluyla**

 **Başvuruların 17-31 Ekim 2017 arasında postaya verilmesi ve belirtilen bu günlerin posta tarihi**

**damgasını taşıması şarttır.**

 Formu lütfen tükenmez kalemle ve **açıkça okunacak şekilde güzel doldurunuz**.

 Formu bu adrese postalayın*: (Otizm İşleri Dairesi elden verilen formları kabul edememektedir)*

**AUTISM DIVISION of DDS,**

**ATTN: Autism Waiver Program Open Request**

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

**Başvuru formunu gönderiniz: E-posta yoluyla**

 Başvurular **AutismDivision@state.ma.us** adresine elektronik posta yoluyla gönderilmelidir.

 **Bütün başvurular doğrudan, sadece veli/vasi tarafından yapılmalıdır.**

 Başvuruların **17-31 Ekim** tarihleri arasında yapılması şarttır.

 Formu elektronik olarak doldurulabileceğiniz gibi, yazıcıdan basıp, tükenmez kalemle doldurup, taracı vasıtasıyla tarayıp, e-postayla da gönderebilirsiniz.

 İlişikteki formları ilk tercihimiz olarak, PDF formatında veya çok net okunabiliyorsa, JPG olarak da gönderebilirsiniz.

o Akıllı telefon/tablet üzerinden dolduruyorsanız, ücretsiz tarayıcı uygulaması (*scanner app*)

yükleyin ve PDF dosyası olarak gönderin.

**Yazılı ve sözlü tercüme hizmetleri için katılımcılardan ücret talep edilmez.**

DDS’in Otizm İşleri Dairesi ailelerle ilgili Muafiyet Programı Başvuru formlarının başka dillerdeki tercümesini hizmete sunmuştur. DDS internet sitesinden veya ödeneğini DDS’ten alan 7 Otizm Destek Merkezinden (*Autism Support Centers*) birini arayarak, **Arapça, Çince, Fransızca, Haiti Kreyolu, Kamboçya dili, Portekizce, Rusça, İspanyolca, Tayca veya Vietnamca** kopyasını isteyebilirsiniz. Bu bildiriyi ve muafiyet programıyla ilgili diğer bilgileri, DDS’in [www.mass.gov/DDS](http://www.mass.gov/dmr) internet sayfasından veya ödeneğini DDS’ten alan 7 Otizm Destek Merkezinden temin edebilirsiniz. Otizm Muafiyet Programı hakkında detaylı bilgiler için veya diğer sorularınız için AutismDivision@state.ma.us adresinden e-posta yoluyla veya **617-624-7518** no.lu telefondan Otizm İşleri Bölümü’ne ulaşabilirsiniz.

2