

**發展服務署 (DDS) 家居和社區服務
成人豁免申請**

申請人姓名: _____

(清楚書寫)

申請人住址: _____

出生日期: (月/日/年): ____/____/____ 社會安全號碼: ____/____/____

申請人是否曾被 DDS 確定為符合資格的智障人士?

___是___否

監護人姓名 (假如有的話): _____

聯絡人: _____

與申請人關係: _____

聯絡電話: (_____) _____ - _____

請選擇下列四項中其中一項: (請參閱本頁背面的計劃說明)

1. () 我申請三個 **DDS 成人豁免計劃** 其中任何一個
 - 我明白如果我選擇這項, 我會首先被評估是否符合成人支援豁免計劃的資格, 而假如結果是符合的話, 則我將不會被其他 **DDS 豁免計劃** 所考慮
 - 假如我被評為不符合成人支援豁免計劃的資格, 我將會被評估是否符合社區生活豁免計劃的資格。而假如結果是符合的話, 則我將不會被其他 **DDS 豁免計劃** 所考慮
 - 假如我被評為不符合社區生活豁免計劃的資格, 我將會被評估是否符合加強支援豁免計劃的資格
2. () 我只申請**成人支援豁免計劃**, 因為我住在家中, 或自己居住, 或住在其他人家中, 而我需要至少一項豁免服務。我不會被任何其他豁免計劃所考慮
3. () 我只申請**社區生活豁免計劃**, 因為我需要中度水平的支援, 以致我能夠住在自己家中、或與家人同住、或住在其他人家中, 但我不需要每天 24 小時的照管。我不會被任何其他豁免計劃所考慮
4. () 我只申請**加強支援豁免計劃**, 因為我需要每天 24 小時的照管。我不會被任何其他豁免計劃所考慮

選擇聲明

本人 _____ (申請人或監護人) 選擇申請「家居和社區服務成人豁免計劃」並在社區內居住及接受服務, 而不在智障人士中度照顧機構 (ICF/ID) 居住及接受服務。

簽名: _____

日期: (月/日/年) ____/____/____

請填妥此表格並郵寄
至:

**Department of Developmental Services
Waiver Management Unit
500 Harrison Avenue
Boston, MA 02118
(888) 367-4435 www.mass.gov/dds**