

**ក្រដាសស្នាមស្នើសុំកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដែលផ្តល់សេវា
នៅតាមផ្ទះ និងនៅតាមមូលដ្ឋានសហគមន៍របស់ក្រសួងជនពិការ**

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ៖ _____
 (សរសេរឲ្យច្បាស់)
 អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ៖ _____
 ថ្ងៃខែកំណើត៖ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖ _____ / _____ / _____ អត្តលេខ (SSN)៖ _____ / _____ / _____
 តើអ្នកដាក់ពាក្យសុំត្រូវបានកំណត់ដោយក្រសួងជនពិការថាជាជនមានភាពពិការខាងសតិស្រាវជ្រាវពិតប្រាកដឬ? បាទ/ចា _____ ទេ
 ឈ្មោះអ្នកអាណាព្យាបាល (ប្រសិនបើមាន)៖ _____
 បុគ្គលដែលត្រូវទាក់ទង៖ _____
 ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ៖ _____
 លេខទូរស័ព្ទ៖ (_____) _____ - _____

សូមឆែកជំរើសមួយក្នុងចំណោមជំរើសទាំងបួនខុះចុះលើសេចក្តីរៀបរាប់ពីកម្មវិធីនៅទំព័រម្ខាងទៀត)

1. () ខ្ញុំកំពុងតែដាក់ពាក្យសុំ កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យរបស់ក្រសួងជនពិការមួយ នៃកម្មវិធីទាំងបី។
 - ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំជ្រើសយកជំរើសនេះ, ដំបូងខ្ញុំនឹងត្រូវគេវាយតម្លៃសម្រាប់កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃដែលផ្តល់ជំនួយមនុស្សពេញវ័យ ហើយប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានគេរកឃើញថាមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃដែលផ្តល់ជំនួយមនុស្សពេញវ័យនោះ, ខ្ញុំនឹងមិនត្រូវគិតពីកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃរបស់ក្រសួងជនពិការអ្វីផ្សេងទៀតឡើយ។
 - ប្រសិនបើខ្ញុំមិនត្រូវបានគេរកឃើញថាមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃដែលផ្តល់ជំនួយមនុស្សពេញវ័យ, ខ្ញុំនឹងត្រូវគេវាយតម្លៃសម្រាប់កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃរស់នៅក្នុងសហគមន៍។ ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានគេរកឃើញថាមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃរស់នៅក្នុងសហគមន៍, ខ្ញុំនឹងមិនត្រូវគិតពីកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃរបស់ក្រសួងជនពិការអ្វីផ្សេងទៀតឡើយ។
 - ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានគេរកឃើញថាមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃរស់នៅក្នុងសហគមន៍, ខ្ញុំនឹងត្រូវគេវាយតម្លៃសម្រាប់កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃដែលផ្តល់ជំនួយមានកម្រិតខ្លាំង។
2. () ខ្ញុំកំពុងតែដាក់ពាក្យសុំ កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃដែលផ្តល់ជំនួយមនុស្សពេញវ័យប្រភេទខ្ញុំរស់នៅផ្ទះ, ឬ រស់នៅដោយខ្លួនខ្ញុំ, ឬ នៅផ្ទះផ្សេងទៀត ហើយខ្ញុំត្រូវការយ៉ាងហោចណាស់សេវាអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃមួយ។ ខ្ញុំនឹងមិនត្រូវគិតពីកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃអ្វីផ្សេងទៀតឡើយ។
3. () ខ្ញុំកំពុងតែដាក់ពាក្យសុំតែ កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃរស់នៅក្នុងសហគមន៍ប៉ុណ្ណោះខ្ញុំត្រូវការជំនួយកម្រិតមធ្យម ដើម្បីរស់នៅដោយខ្លួនខ្ញុំ, ឬ រស់នៅផ្ទះជាមួយគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ឬ ផ្ទះអ្នកដទៃ, ប៉ុន្តែខ្ញុំមិនត្រូវការការមើលថែ 24 ម៉ោងនោះទេ។ ខ្ញុំនឹងមិនត្រូវគិតពីកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃអ្វីផ្សេងទៀតឡើយ។
4. () ខ្ញុំកំពុងតែដាក់ពាក្យសុំតែ កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃដែលផ្តល់ជំនួយមានកម្រិតខ្លាំងប្រភេទខ្ញុំត្រូវការការមើលថែ 24 ម៉ោង។ ខ្ញុំនឹងមិនត្រូវគិតពីកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃអ្វីផ្សេងទៀតឡើយ។

សេចក្តីថ្លែងដែលជ្រើសរើស

ខ្ញុំ _____ (អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬ អាណាព្យាបាល) ជ្រើសរើសដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃរបស់មនុស្សពេញវ័យដែលផ្តល់សេវានៅតាមផ្ទះ និងនៅតាមមូលដ្ឋានសហគមន៍ និងរស់នៅ ហើយទទួលសេវារបស់ខ្ញុំនៅក្នុងសហគមន៍ ជាជាងនៅក្នុងកន្លែងមើលថែទាំជាមធ្យមសម្រាប់ជនពិការខាងសតិស្រាវជ្រាវ (ICF/ID)។

ហត្ថលេខា៖ _____

កាលបរិច្ឆេទ៖ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) _____ / _____ / _____

បំពេញក្រដាសស្នាមនេះ ហើយផ្ញើទៅឲ្យ៖

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



MASSACHUSETTS DEPARTMENT OF DEVELOPMENTAL SERVICES

Executive Office of Health and Human Services
Marylou Sudders, Secretary
Department of Developmental Services
Jane F. Ryder, Commissioner

ប្រជាសម្ព័ន្ធស្ត្រីជំងឺអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដែលផ្តល់សេវា
នៅតាមផ្ទះ និងនៅតាមមូលដ្ឋានសហគមន៍របស់ក្រសួងជនពិការ

ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យរបស់ក្រសួងជនពិការ អ្នកត្រូវតែ៖
ជាមនុស្សមានភាពពិការផ្នែកសតិប្រាជ្ញា ដូចក្រសួងជនពិការបានកំណត់
ជួបតម្រូវការដែលជាប់ទាក់ទងនឹងសុខភាព,
មានវាយតម្លៃយ៉ាងហោចណាស់ 22 ឆ្នាំ ឬ ច្រើនជាងនេះ,
ជួបតម្រូវការរបស់សហព័ន្ធ សម្រាប់សេវាអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃ រួមមានសិទ្ធិឲ្យមូលហេតុនៃការបង់ថ្លៃជាមធ្យម សម្រាប់ជនពិការខាងសតិប្រាជ្ញា— នៅក្នុងរដ្ឋ
ម៉ាសាឈូសិត, កន្លែងមើលថែទាំជាមធ្យម សម្រាប់ជនពិការខាងសតិប្រាជ្ញា គឺជាគ្រឹះស្ថានមួយដ៏ធំ,
ជ្រើសរើសទទួលសេវារបស់អ្នកនៅក្នុងសហគមន៍ ជាជាងនៅក្នុងគ្រឹះស្ថាន, និង
បានវាយតម្លៃដើម្បីត្រូវការសេវាអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃមួយ ឬ ច្រើន។

មានកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យបីប្រភេទខុសគ្នា៖

កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ គឺសម្រាប់បុគ្គលដែលអាចរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់គេ ឬ រស់នៅក្នុងផ្ទះជាមួយគ្រួសារ ដោយសារតែ
ភាពធូរធាមនៃសេវាព្យាបាលរាងកាយ, សេវាតាមប្រភេទ និងសេវា មេឌិកាល មានភាពខ្លាំង។

កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃរស់នៅក្នុងសហគមន៍ គឺសម្រាប់បុគ្គលដែលអាចរស់នៅក្នុងផ្ទះជាមួយគ្រួសាររបស់គេ ឬ រស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់មនុស្ស
ដទៃទៀត, ហើយផ្តល់សេវាគ្រួសារការពារមើលថែ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ, ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ដោយសារតែភាពធូរធាមនៃសេវាព្យាបាល, សេវាតាមប្រភេទ
និងសេវា មេឌិកាល។

កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃដែលផ្តល់ជំនួយមានកម្រិតខ្លាំងគឺសម្រាប់បុគ្គលដែលត្រូវការការមើលថែ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ, ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍,
នៅក្រៅផ្ទះរបស់គេ ឬ នៅក្រៅផ្ទះរបស់គ្រួសារគេ ដោយសារតែតម្រូវការជំនួយផ្នែករូបិយ, ល្បាចល និងវិជ្ជា រាងកាយយ៉ាងរ៉ាំរ៉ៃ ហើយអវត្តមាននៃ
សេវាអាចរកបាន, សេវាព្យាបាល, សេវាតាមប្រភេទ និងសេវា មេឌិកាល។

ការទិញសេវាសម្រាប់អ្នកបង់ថ្លៃរបស់ក្រសួងជនពិការ

- Northeast : Hogan Regional Center, PO Box A, Hathorne, MA 01937
Kelly Lawless, ខោយកម្រចាំតំបន់ (978) 774-5000
Central West: 140 High Street, Suite 301, Springfield, MA 01105
Susan Banks, ខោយកម្រចាំតំបន់ (443) 205-0800
Metro: 465 Waverley Oaks Rd., Suite 120, Waltham, MA 02452
Gail Gillespie, ខោយកម្រចាំតំបន់ (781) 314-7500
Southeast: 68 North Main Street, Carver, MA 02330
Richard O'Meara, ខោយកម្រចាំតំបន់ (508) 866-5000