

**Форма для взрослых на программу DDS по
обслуживанию дома и в обществе.**

Имя заявителя: _____
(Печатным шрифтом)
Адрес заявителя: _____
Дата рождения: (месяц/день/год): ____/____/____ Социальный Номер: ____/____/____
Был ли заявитель признан DDS подходящим на эту программу по причине умственного нездоровья?
___Да ___Нет
Имя попечителя (если такой имеется) _____
К кому обращаться: _____
Отношение к заявителю: _____
Телефон для контакта: (_____) _____ - _____

ПОЖАЛУЙСТА ОТМЕТТЕ ОДИН ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЧЕТЫРЕХ ВАРИАНТОВ:(см на обороте описане программ)

1. () Я подаю заявление на любую из трех программ **DDS Adult Waiver**.
 - Я понимаю , что если я выбираю этот вариант я сначала должен узнать подхожу ли я на программу **Adult Supports Waiver** и если подхожу я не буду подавать на любую другую программу DDS.
 - Если же я не подхожу на эту программу the **Adult Supports Waiver Program** возможно я могу подать на **Community Living Waiver Program**. Если я подхожу для получения **Community Living Waiver Program**, Я не буду подавать на любую другую программу DDS.
 - Если я не подхожу на программу **Community Living Waiver Program**, я буду рассмотрен для получения программы **Supports Waiver Program**.
2. () Я подаю только на **Adult Supports Waiver Program** . нужен хотя бы один вид обслуживания по программе. Я не буду подавать на любую другую программу.
3. () Я подаю только на **Community Living Waiver Program** потому , что мне нужна небольшая помощь по уходу для того, чтобы я мог проживать один или в доме моей семьи или в любом другом доме, и мне не нужно 24 часовое обслуживание. Я не буду подавать на любую другую программу
4. () Я подаю только на **Intensive Supports Waiver Program** потому что мне необходимо 24 часовое обслуживание. Я не буду подавать на любую другую программу

Заявление о выборе

Я _____ (Заявитель или попечитель) выбираю программу Home and Community-Based Services Adult Waiver Programs и хочу проживать дома и в обществе, а не в Специальных Учреждениях по уходу для людей с проблемами умственного и физического развития Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disability

Подпись: _____

Дата: (месяц/день/год) ____/____/____

Заполните эту форму и отправте по адресу:

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

**Форма для взрослых на программу DDS по
обслуживанию дома и в обществе**

Для того , чтобы подходить на программы DDS Adult Waiver вы должны:

Быть человеком с интеллектуальными проблемами развития, подтвержденными DDS;

Подходить по всем медицинским требованиям;

Быть 22 года или старше;

Подходить по всем федеральным условиям для получения обслуживания или помещения вас в специальное учреждение по уходу для людей с проблемами умственного и физического развития Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disability (ICF/ID) в штате Массачусетс.

Выбрать обслуживание на дому а не в специальном учреждении; и

Быть обследованным для получения одного или нескольких видов услуг.

Три вида программы DDS Adult Waiver Programs:

Программа **Adult Supports Waiver Program** предназначена для людей , которые могут проживать одни или со своей семьей дома при условии получения комбинированных услуг и обслуживания как медицинского так и по уходу.

Программа **Community Living Waiver Program** предназначена для людей, которые могут проживать дома с семьей или дома с кем –либо и не нуждаются в 24 часовом обслуживании 7 дней в неделю при условии получения комбинированных услуг и обслуживания как медицинского так и по уходу.

Программа **Intensive Waiver Program** предназначена для людей, которым необходимо 24 часовое обслуживание 7 дней в неделю,вне их дома и семьи из за значительных проблем в поведении и здоровье, отсутствии медицинского и физического ухода

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОФИСЫ DDS

**Northeast : Hogan Regional Center, P0 Box A, Hathorne, MA 01937
Kelly Lawless, Regional Director (978) 774-5000**

**Central West: 140 High Street, Suite 301, Springfield, MA 01105
Susan Banks, Regional Director (413) 205-0800**

**Metro: 465 Waverley Oaks Rd., Suite 120, Waltham, MA 02452
Gail Gillespie, Regional Director (781) 314-7500**

**Southeast: 68 North Main Street, Carver, MA 02330
Richard O'Meara, Regional Director (508) 866-5000**