Formular i kërkesës për aplikim
Program i përjashtimit për autizmin
Seksioni i Autizmit i Departamentit për Shërbimet Zhvillimore

LUTEMI SHKRUANI KËTË INFORMACION ME GERMA SHTYPI ME BOJË

Emri i fëmijës	
Ditëlindja e fëmijës	
Numri i punës (Social Security) # KËRKOHET	
Numri i punës (Social Security) # KËRKOHET	
Lloji i insurancës (mbulimit shëndetësor) të fëmijës: *(Standard, Premium Assistance, CommonHealth, etj.)*	
Gjinia e fëmijës	Femër Mashkull (Lutemi bëni një rreth)
Adresa e postës	
Qyteti	
Kodi postar (ZIP Code)	
Emri i prindit/kujdestarit	
Preferenca për gjuhën e folur	
Preferenca për gjuhën e shkruar	
Telefoni i prindit:	
Telefoni i prindit:	
E-mail i prindit	

Ju duhet të keni një diagnozë me shkrim për çrregullim të spektrit autizëm (Autism Spectrum Disorder) nga një doktor apo psikolog.

A ka fëmija diagnozë të verifikuar të çrregullimit të spektrit autizëm? ☐ **PO** ☐ **JO**

☐ Lutemi rendisni gjendjen shëndetësore, njohëse ose psikike nga e cila vuan fëmija:

Udhëzime për regjistrimin:

- **Të gjithë formularët duhet të kenë vulën e postës ose të datës midis (7 tetorit 2013 dhe 18 tetorit 2013)**
- Mos harroni të plotësoni të gjithë formularin
- Lutemi shkruani me germa shtypi emrin e firmosni duke përdorur stilolaps
- Pranohet vetëm një aplikim për fëmijë; DDS do të hedhë të gjitha aplikimet e dërguara dy herë
- Ju duhet të plotësoni aplikimin gjatë periudhës së hapur për aplikimet me qëllim që të hyjë në procesin e shqyrtimit për pranimin në programin e përjashtimit për autizmin
- Lutemi dërgojeni aplikimin tuaj me postë në:

  DDS Autism Division
  Att. Autism Waiver Open Enrollment
  500 Harrison Ave, Boston, MA 02118

Unë e kam plotësuar këtë formular me saktësi dhe vërtetësi sipas bindjeve të mia.

Firma: Data: