Форма заявления для подачи
на программуThe Autism Waiver Program
Подразделение по проблемам аутизма Отдел по обслуживанию людей с проблемами развития

Пожалуйста печатайте или пишите, используя печатный шрифт.

Имя ребенка	
Дата рождения	
Социальный номер . Обязательно	
Номер карточки MassHealth. Обязательно	
Вид страховки ребенка:(Стандартная, улучшенное обслуживание,и тд.)	
Пол ребенка	Жен М (пожалуйста обведите)
Адрес	
Город	
Код города	
Имя родителя/попечителя	
Язык, на котором говорит ребенок	
Язык, на котором пишет ребенок	
Номер селл телефона родителей:	
Номер другого телефона родителей:	
Адрес электронной почты родителей:	

Вы должны иметь письменное подтверждение от врача или психиатора диагноза Аутизм (Autism Spectrum Disorder) у вашего ребенка.

Имеет ли ребенок подтвержденный врачом диагноз Аутизм (Autism Spectrum Disorder) Да ☐, Нет ☐

☐ Пожалуйста, перечислите все остальные сопутствующие медицинские или психологические проблемы, влияющие на здоровье вашего ребенка:

Условия приема документов:

- **На всех формах должен стоять почтовый штамп с датой (7 октября, 2013 по 18 октября, 2013).**
- Незабудте заполнить форму полностью
- Пожалуйста, заполняйте и подписывайте форму только ручкой.
- Принимается только одна форма на ребенка; дубликаты форм рассматриваться не будут
- Вы должны заполнить вашу форму в отведенных для этого10 дней для принятия ее к рассмотрению на получение программы Autism Waiver Program
- Пожалуйста отправляйте ваши формы по адресу:
  DDS Autism Division,
  Att. Autism Waiver Open Enrollment,
  500 Harrison Ave, Boston, MA 02118

Форма заполнена мною аккуратно и правильно на сколько позволяют мне мои знания.

Подпись:_____ **Дата:** _____