Đơn xin gia nhập
The Autism Waiver Program
The Autism Division of the Department of Developmental Services

HÃY ĐÁNH MÁY HAY VIẾT CHỮ IN THÔNG TIN VỀ ĐỨA TRẺ DƯỚI ĐÂY

Tên đứa trẻ	
Ngày sinh của trẻ	
Số an ninh xã hội của trẻ (bắt buộc phải có)	
Số thẻ MassHealth của trẻ (bắt buộc phải có)	
Loại bảo hiểm của trẻ: *(Standard, Premium Assistance, CommonHealth, v.v.)*	
Giới tính của trẻ	Nữ Nam (Hãy khoanh tròn)
Địa chỉ gửi thư	
Thành phố	
Mã bưu điện (Zip Code)	
Tên cha, mẹ/người giám hộ	
Ngôn ngữ thích dùng để nói	
Ngôn ngữ thích dùng để viết	
Điện thoại của cha/mẹ:	
Điện thoại của cha/mẹ:	
Địa chỉ email của cha/mẹ:	

Cần có giấy chẩn đoán bị một loại bệnh tự kỷ của bác sĩ hay tâm lý gia.

Đứa trẻ này có chẩn đoán được xác nhận bị một loại tự kỷ hay không? ☐ **Có** ☐ **Không**

☐ Hãy ghi ra đây những tình trạng liên hệ đến sức khỏe, nhận thức hay tâm thần đang ảnh hưởng tới con của quý vị:

Chỉ dẫn ghi danh:

- **Tất cả các mẫu đơn phải có dấu bưu điện hay dấu ghi ngày giữa 7 và 18 tháng 10, năm 2013**
- Nhớ điền toàn vẹn mẫu đơn
- Hãy viết bằng chữ in và ký tên bằng bút mực
- Chỉ nhận một đơn cho mỗi trẻ; DDS sẽ thải bỏ những mẫu thừa
- Phải hoàn tất đơn xin trong khoảng thời gian mở rộng để nộp đơn thì mới được cứu xét cho gia nhập Autism Waiver Program
- Hãy gửi đơn đến: DDS Autism Division
  Att. Autism Waiver Open Enrollment
  500 Harrison Ave, Boston, MA 02118

Tôi đã điền đơn này một cách chính xác và trung thực theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi.

Ký tên: _____ **Ngày tháng:**_____