Department of Developmental Services 发展服务署

DESE/DDS 计划报名表(Interest Form)

中小学教育署/发展服务署

如果你的学生符合以下条件，可填写此表格：

1. 目前符合发展服务署 (DDS) 的儿童资格
2. 目前正经由本地学区参加了一个被认可的学校计划
3. 年龄介乎 6 至 16 岁
4. 目前居住家中

尽你所知，以正楷或以打字方式填写

学生姓名	
父母/监护人姓名	
学生的出生日期及社会安全号码	
邮寄地址：街道, 城市, 州, 邮区号码	
电话 (请列出主要号码及其他号码)	
学生的主要保险及辅助保险 (如适用)	
惯用的听/写语言	
学生的基本诊断	
学生的其他诊断资料 (如适用)	
你的学生是否有 IEP？ (有/没有)	
你的学生有否参加一个全年性的计划？ (有/没有)	
你的学生是否参加了课后计划？ (是/否)	
如果是，每周几个小时？	
你的学生是否获得学校提供的家居服务？ (是/否)	
如果是，每周几个小时？	
你的学生有否透过 ARICA 获得服务？ (有/没有)	
如果有，每周几个小时？	
你的学生有否获得 CBHI 服务？ (有/没有)	
如果有，每周几个小时？	
你的学生有否获得个人护理员 (PCA) 的服务？(有/没有)	
如果有，每周几个小时？	
你的学生有否获得协调个案管理 (Coordinated Case Management)？(有/没有)	
如果有，每周几个小时？	
你的学生有否获得成人寄养服务 (AFC)？(有/没有)	
如果有，是一级还是二级	

所有报名表都必须有介于 2013 年 4 月 8 日至 2013 年 4 月 19 日的邮戳为凭

- 表格必须清楚填写或书写。递交表格时，请把表格放进密封的信封内，封面注明为报名表(Interest Form)
- 你可以把表格递交至自闭症/家庭支援中心的当地 DDS 地区办公室—***不是 DDS 的中央办公室***
- **如邮寄表格，请寄往：**DDS-Central Office, Att. DESE/DDS Program, 500 Harrison Ave, Boston, MA 02118

本人已尽我所知的准确及诚实地填写此表格

在签署本表时，我的学生正接受上列的服务及支援

家长/监护人签署： **日期：**