Departamento de Serviços Desenvolvimentais

Formulário de Interesse para o Programa do DESE/DDS

Departamento de Ensino Médio e Fundamental/ Departamento de Serviços Desenvolvimentais

POR FAVOR, PREENCHA SE O SEU ESTUDANTE:

1. Qualifica-se atualmente como criança para o Departamento de Serviços Desenvolvimentais (DDS)
2. Esteja registrado atualmente em um programa escolar aprovado através do distrito escolar local.
3. Tenha entre 6 e 16 anos de idade.
4. Esteja atualmente morando no domicílio.

Por favor, digite ou preencha em letra de forma as respostas até onde lhe é dado saber.

Nome do Estudante	
Nome do Genitor(a)/ Tutor	
Data de Nascimento do Estudante e N° do SSN (Seguro Social)	
Endereço p. Correspondência: Rua/N°, Cidade, Estado, CEP	
Telefone (Liste o N° Principal e um Alternativo)	
Seguro Médico Primário e Secundário do Estudante (caso se aplique)	
Idioma Preferido Falado ou Escrito	
Diagnóstico Principal do Estudante	
Outras Informações Diagnósticas do Estudante (caso se apliquem)	
O seu Estudante possui um IEP? (Sim ou Não)	
O seu Estudante participa de um Programa o ano todo? (Sim ou Não)	
O seu Estudante participa de um programa após a escola? (S/N)	
Se sim, quantas horas por semana?	
O seu Estudante recebe serviços domiciliares da escola? (S/N)	
Se sim, quantas horas por semana?	
O seu Estudante recebe serviços através da ARICA (S/N)	
Se sim, quantas horas por semana?	
O seu Estudante recebe serviços da CBHI? (S/N)	
Se sim, quantas horas por semana?	
O seu Estudante recebe serviços de Atendente de Cuidados Pessoais (PCA)? (S/N)	
Se sim, quantas horas por semana?	
O seu Estudante recebe Gestão Coordenada de Casos? (S/N)	
Se sim, quantas horas por semana?	
O seu Estudante recebe Serviços de Acolhimento Familiar para Adultos (AFC)? (S/N)	
Se sim, Nível I ou Nível II?	

Todos os Formulários de Interesse devem ter carimbo postal datado entre 8 de abril de 2013 e 19 de abril de 2013

- O formulário deve estar em letra de forma ou datilografado com clareza. Caso o formulário seja entregue em mãos, ponha-o em um envelope selado e marcado "Interest Form".
- Você pode deixar os formulários em Sedes Locais do DDS, Centros de Suporte à Família/ Autismo – ***não na Sede Central do DDS***
- **Enviar os formulários pelo Correio para**: DDS-Central Office, Att. DESE/DDS Program, 500 Harrison Ave, Boston, MA 02118

Eu preenchi esse formulário primorosa e honestamente até onde me é dado saber.
Os serviços e auxílios listados acima para o meu Estudante estão atualizados até a data da assinatura.

Assinatura do Genitor(a)/ Tutor:	**Data:**