**Formulario de Solicitud 2019**

**Programa de Exención de Autismo**

##  División de Autismo del Departamento de Servicios de Desarrollo

##  *Por favor, llénelo a maquinilla o escriba en letra de molde con un bolígrafo que se pueda leer claramente*

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Niño |  |
| Fecha de Nacimiento del Niño |   |
| Número del Seguro Social del Niño. OBLIGATORIO |  |
| Número del MassHealth del Niño |  |
| Tipo de Seguro del Niño: *(Standard, Premium Assistance, CommonHealth, etc.)* |  |
| Sexo del niño: Por favor escriba – Masculino o Femenino |  |
| Dirección Postal: |  |
| Ciudad, Código Postal |  |
| Nombre del Padre/guardián |  |
| ¿En qué idioma usted prefiere hablar de su niño?\* |  |
| ¿En qué idioma usted prefiere recibir los materiales escritos acerca del cuidado de su niño?\* |  |
| Números de Teléfono del Padre (Celular y alternativo) |  |
| Dirección de Correo Electrónico del Padre |  |

### \* Las traducciones e interpretaciones son gratis para los participantes.

### Usted necesitará un diagnóstico por escrito de un Desorden del Espectro de Autismo por un doctor o psicólogo.

### ¿Tiene el niño un diagnóstico verificado de un Desorden del Espectro de Autismo? [ ]  Sí [ ]  No

[ ]  **Por favor, indique otras condiciones médicas, cognoscitivas o psiquiátricas relacionadas que afectan a su niño:**

|  |
| --- |
|  |

***Yo (el padre/guardián del niño antes mencionado) he llenado este formulario con exactitud***

***y he contestado la verdad según me mejor entender***

**Se requiere la firma del padre/guardián: Fecha:**

**Cómo participar en el proceso de elegibilidad:**

***SOLO UNA SOLICITUD POR NIÑO***—Se descartarán las solicitudes múltiples

**Envíe el formulario de solicitud: por correo**

* **Todas las solicitudes tienen que tener un matasellos que esté fechado entre el 17 de octubre de 2019 y el 31 de octubre de 2019.**
* Por favor, llene el formulario con bolígrafo y escriba en **letra de molde que se pueda leer claramente**.
* Por favor, envíe por correo el formulario a*: (La División de Autismo no acepta formularios entregados a mano)*

**AUTISM DIVISION of DDS, Att. Autism Waiver Program Open Enrollment**

**500 Harrison Avenue, Boston, MA 02118**

**Envíe el formulario de solicitud: por correo electrónico**

* Todas las solicitudes tienen que enviarse a: AutismDivision@state.ma.us
* **Todas las solicitudes tienen que enviarse por correo electrónico entre el 17 de octubre de 2019 y el 31 de octubre de 2019.**
* **Todas las solicitudes tiene que enviarlas directa y solamente el padre/guardián.**
* El formulario puede llenarse electrónicamente o a mano, debe llenarse claramente en bolígrafo y escanearlo en un correo electrónico.
* Los formularios que estén en un documento adjunto pueden enviarse en los siguientes formatos: en PDF (preferiblemente) o en JPG, si puede leerse claramente.
	+ Si llena el formulario en un teléfono inteligente/una tableta -baje una aplicación gratuita para escanearlo y envíelo en un documento PDF.

Spanish: Application Renewal Request Form AWP OE 2019