



Estado de Massachusetts
Secretaria Executiva de Saúde e Serviços Humanos
Departamento de Serviços de Desenvolvimento

**Programa de Isenção para
Autismo – Formulário de
Inscrição de Cuidador
Doméstico Individual**

Nome:	TIN (Número de Identificação do Contribuinte)/SSN (Número da Segurança Social):	Data:	
Endereço:	Cidade:	Estado:	CEP:
Telefone:	E-mail:		

☐ **Cuidador Doméstico**

☐ **Requisitos**

- Número de Identificação Fiscal/Cópia do W-9;
- Ter 18 anos ou mais;
- 2 referências pessoais ou profissionais;
- Licenciado e vinculado (preferencial);
- Deve comprovar conformidade com verificações de antecedentes criminais estaduais e nacionais.

Por favor, ateste que as cópias das seguintes informações estão arquivadas e disponíveis para a divisão, se solicitada:

☐ Número de Identificação Fiscal

☐ Nome e informações de contato de duas referências

☐ Cópia da habilitação ou identidade de MA

Área de Atendimento:

Indique a(s) região(ões) geográfica(s) em que pode prestar serviços (marque todas que se aplicam).

☐ Oeste

☐ Sudeste

☐ Central

☐ Metropolitana

☐ Nordeste

Se aplicável, liste as cidades em que você não presta serviços dentro de uma região.

Idioma: Por favor, indique se você fala algum idioma além do inglês.

Diretório de Prestadores:

☐ Estou me candidatando para prestar serviços/apoio apenas a [redacted] (nome do indivíduo).

☐ Estou disposto(a) a ser incluído(a) em uma lista geral de prestadores qualificados para ser considerado por indivíduos/famílias.

Certificação/Declaração

Declaro que as informações fornecidas nesta inscrição são verdadeiras e completas, conforme meu melhor conhecimento. Compreendo que, se eu fizer qualquer declaração falsa intencionalmente, estarei sujeito(a) à desqualificação, demissão e a outras penalidades previstas em lei ou regulamentos de pessoal. Todas as informações fornecidas nesta inscrição, incluindo dados de emprego ou registros de condenação, estão sujeitas à verificação como condição para o emprego. Também compreendo que uma verificação de antecedentes criminais (“CORI”) e uma verificação nacional de antecedentes criminais baseada em impressões digitais pelo DDS serão realizadas antes da minha qualificação como Prestador Individual do Programa de Isenção para Autismo. Ao assinar esta declaração, autorizo a divulgação de todas as informações necessárias exclusivamente para a realização da verificação de emprego.

Clique aqui para inserir o texto

Clique aqui para inserir a data.

Assinatura do candidato(a)

Data

Enviar Inscrição

Por favor, envie este formulário para a Divisão de Autismo, ao seu Corretor de Apoio ao Autismo ou ao seu Gerente Clínico de Autismo

Envio por Correio: Department of Developmental Services
40 Broad Street, 4th Floor
Boston, MA 02109
Attention: Children’s Autism Waiver Program

Ou e-mail para: AutismDivision@Mass.gov. Inclua no assunto: “Children’s AWP Provider Application”.