



Comunidade de Massachusetts
Secretaria Executiva da Saúde e Serviços Humanos
Departamento de Serviços de Desenvolvimento

Programa de Isenção para o Autismo
Candidatura de Auxiliar de Ação Direta /
Apoio Doméstico Individual

Nome:	TIN/SSN: N.º de Identificação Fiscal / N.º de Identificação da Segurança Social:	Data:	
Morada:	Cidade:	Estado:	Código Postal:
Telefone:	E-mail:		

<input type="checkbox"/> Assistente Familiar
<input type="checkbox"/> Requisitos <ul style="list-style-type: none">• Número de Identificação Fiscal/Cópia do W-9• 18 anos ou mais• 2 Referências pessoais ou profissionais• Licenciado e com caução (preferencial)• Deve demonstrar conformidade com verificações de antecedentes criminais estaduais e nacionais
Por favor ateste que cópias das seguintes informações se encontram arquivadas e disponíveis para a Divisão do Autismo, se solicitado: <input type="checkbox"/> Número de Identificação Fiscal <input type="checkbox"/> Nome e informações de contacto de duas referências <input type="checkbox"/> Cópia da Carta de Condução de Massachusetts ou do Cartão de Identificação

Área de Serviço: Por favor indique a(s) região(ões) geográfica(s) onde pode prestar serviços (selecionar todas as aplicáveis): <input type="checkbox"/> Oeste <input type="checkbox"/> Sudeste <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Metropolitana <input type="checkbox"/> Nordeste Se aplicável, liste as localidades onde não presta serviço dentro de uma região.
Idioma: Por favor indique se fala outro idioma além de inglês.
Diretório de Prestadores: <input type="checkbox"/> Candidato-me para prestar serviços/apoio apenas a [redacted] (nome do indivíduo). <input type="checkbox"/> Aceito constar de uma Lista Mestra de prestadores qualificados para ser considerado por indivíduos/famílias.

Certificação/Atestação

Certifico que as declarações por mim efetuadas nesta candidatura são verdadeiras e completas, de acordo com o meu conhecimento. Compreendo que, se deliberadamente falsificar informações, estou sujeito(a) a desqualificação e dispensa, bem como a outras penalidades previstas por lei ou regulamentos internos. Todas as declarações constantes desta candidatura, incluindo informações de emprego ou registos criminais, estão sujeitas à verificação como condição de emprego. Compreendo ainda que será efetuada uma verificação de Registo Criminal de Infratores (“CORI”) e uma Verificação Nacional de Antecedentes Criminais por impressão digital dos Serviços de Desenvolvimento e Apoio (DDS) antes da minha qualificação como Prestador Individual do Programa de Isenção para o Autismo. Ao assinar esta declaração, autorizo a divulgação de quaisquer informações para o único propósito de conduzir uma verificação de emprego.

Clique ou toque aqui para introduzir o texto.

Clique ou toque aqui para introduzir a data.

Assinatura do Candidato

Data

Submeter Candidatura

Por favor submeta esta candidatura à Divisão do Programa de Isenção para o Autismo,
ao seu Gestor de Apoio ao Autismo ou ao seu Gestor Clínico para o Autismo.

Enviar para: Department of Developmental Services
40 Broad Street, 4th Floor
Boston, MA 02109
Attention: Children's Autism Waiver Program

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