



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:		

☐ **Assistente Familiar**

☐ **Requisitos**

- 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:

☐ Número de Identificação Fiscal

☐ Nome e informações de contacto de duas referências

☐ 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):

☐ Oeste

☐ Sudeste

☐ Centro

☐ Metropolitana

☐ 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:**

☐ Candidato-me para prestar serviços/apoio apenas a  (nome do indivíduo).

☐ 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 a 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, 4<sup>th</sup> Floor  
Boston, MA 02109  
Attention: Children’s Autism Waiver Program

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