



Estado de Massachusetts  
Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos  
Departamento de Servicios de Desarrollo

Programa de Exención por  
Autismo - Aplicación de Ama de  
Casa Individual

Nombre:	TIN (Número de Identificación del Contribuyente)/SSN (Número de Seguro Social):	Fecha:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número telefónico:	Email:		

<input type="checkbox"/> Ama de casa				
<input type="checkbox"/> Requerimientos <ul style="list-style-type: none"><li>• Número de identificación tributaria/Copia del formulario W-9.</li><li>• Debe tener 18 años o más.</li><li>• 2 referencias personales o familiares.</li><li>• Con licencia y garantía (preferiblemente).</li><li>• Debe demostrar cumplimiento con revisiones estatales y nacionales de antecedentes criminales.</li></ul>				
Certifique que las copias de esta información están en el archivo y disponibles en la División de Autismo si se solicitan				
<input type="checkbox"/> Número de identificación tributaria				
<input type="checkbox"/> Nombre e información de contacto de dos referencias	<input type="checkbox"/> Copia de la licencia o identificación de maestría			
<b>Área de servicio:</b> Por favor indique las regiones geográficas en las que puede proveer servicios (marque todas las que apliquen)				
<input type="checkbox"/> Oeste	<input type="checkbox"/> Sudeste	<input type="checkbox"/> Central	<input type="checkbox"/> Metropolitana	<input type="checkbox"/> Noreste
Si aplica, indique las ciudades en las que no provee servicios dentro de una región.				
<b>Idioma:</b> por favor indique si habla otro idioma además del inglés.				
Directorio del proveedor:				
<input type="checkbox"/> Aplico para calificar para proveer servicios/apoyos solo a <span style="background-color: #cccccc; color: #cccccc; display: inline-block; width: 200px; height: 1em; vertical-align: middle;"></span> (nombre del individuo).				
<input type="checkbox"/> Estoy dispuesta a ser asignada a una lista maestra de proveedores calificados para ser considerado por individuos y familiares.				

### **Certificación/atestación**

Certifico que las declaraciones hechas por mí en esta aplicación son verdaderas y completas a mi saber y entender. Entiendo que, si declaro deliberadamente un falso testimonio, estoy sujeto a descalificación y rechazo y a otras sanciones según lo prescriba la ley o regulaciones del personal. Todas las declaraciones hechas en este aplicación, incluyendo información de empleo o historiales de condena, están sujetos a verificación como una condición de empleo. También entiendo que la Revisión de la Información del Registro de Delincuencia Criminal ("CORI") y la Revisión Nacional de Antecedentes Penales con Base en Huellas Dactilares del Departamento de Servicios de Desarrollo se completarán antes de mi calificación como un Proveedor Individual del Programa de Exención por Autismo. Al firmar esta declaración, por la presente otorgo mi permiso para divulgar cualquiera y toda la información con el objetivo exclusivo de realizar un chequeo para empleo.

Haga clic o toque aquí para ingresar texto

Haga clic o toque aquí para ingresar fecha.

---

**Firma de aplicante**

---

**Fecha**

### **Enviar aplicación**

Por favor envíe esta aplicación a la División de Autismo, su Agente de apoyo del Autismo, y Gestor Clínico de Autismo.

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

O envíe un email a: [AutismDivision@Mass.gov](mailto:AutismDivision@Mass.gov). Incluya "Children's AWP Provider Application" en el asunto.