

Solicitud de Aplicación Abierta 2023

Programa de Exención por Autismo de Niños

La División de Autismo del Departamento de Servicios de Desarrollo

617-624-7778

POR FAVOR ESCRIBA EN EL FORMULARIO CON TECLADO O CON BOLÍGRAFO EN LETRA CLARA

Nombre del niño(a)	
Fecha de nacimiento del niño(a)	
Número de seguro social del niño(a) REQUERIDO	
Número de MassHealth del niño(a) REQUERIDO	
Tipo de seguro de MassHealth del niño(a): (por favor marque con un círculo)	CommonHealth Estándar Privado Otro
Género del niño(a): <i>Por favor escriba - Masculino o Femenino</i>	
Dirección postal	
Ciudad, Estado, Código Postal	
Nombre del padre/tutor(a)	
¿En qué idioma preferiría hablar sobre su hijo(a)?*	
¿En qué idioma preferiría recibir materiales escritos sobre el cuidado de su hijo(a)?*	
Números telefónicos del padre/tutor(a) (móvil y alternativo)	
Correo electrónico del padre	

*La traducción e interpretación no tienen costo para los participantes.

¿El niño(a) tiene un diagnóstico verificado de un trastorno del espectro autista de un médico o psicólogo?

SÍ NO **NO ADJUNTE REGISTROS MÉDICOS O NINGÚN OTRO DOCUMENTO EN ESTE MOMENTO.**

Por favor enumere otras condiciones médicas, cognitivas o psiquiátricas relacionadas que afecten a su hijo(a):

Yo (el padre/tutor(a) del niño(a) nombrado anteriormente) he completado este formulario con precisión y veracidad según mi mejor conocimiento.

Firma de padre/tutor(a) requerida:

Fecha:

Cómo participar en el proceso de solicitud:

SOLO UNA SOLICITUD POR NIÑO(A)—Se desecharán múltiples formularios. Solo envíe este formulario para solicitar, no envíe nada más en este momento. Nos comunicaremos con usted si se necesita más información.

Envíe el formulario de solicitud: Por correo postal

- Todas las solicitudes deberán tener un matasellos/sello de fecha entre el 16 y 31 de octubre de 2023.
- Por favor complete el formulario con bolígrafo y letra clara.
- Por favor envíe el formulario por correo postal a: *(La División de Autismo no puede aceptar formularios que se entreguen en mano)*

**AUTISM DIVISION of DDS, Att. Children's Autism Waiver Program Open Request
1000 Washington Street, Boston, MA 02118**

Envíe el formulario de solicitud: Por correo electrónico

- Todas las solicitudes deben enviarse por correo electrónico a AutismDivision@mass.gov entre el 16 y 31 de octubre de 2023
- Únicamente el padre/tutor(a) debe enviar directamente todas las solicitudes
- El formulario puede completarse de forma electrónica o impresa, rellenarse con bolígrafo en letra clara y escanearse para enviarse por correo electrónico
- El formulario puede enviarse en los siguientes formatos: PDF (preferido), JPG si se ve claramente
 - Si se completa en un teléfono inteligente/tableta, descargue una aplicación de escáner gratis y envíelo como archivo PDF