

Inscrição para Solicitação Aberta de 2024

Programa de Isenção para Autismo Infantil

Divisão de Autismo do Departamento de Serviços de Desenvolvimento

617-624-7778

DIGITE NO FORMULÁRIO OU ESCREVA COM CANETA E LETRAS LEGÍVEIS

Nome da criança:	
Data de nascimento da criança	
Número do seguro social da criança OBRIGATÓRIO	
Número do MassHealth da criança OBRIGATÓRIO	
Tipo de seguro do MassHealth da criança: (circule)	CommonHealth Padrão Privado Outro
Gênero da criança: <i>Escreva - Masculino ou Feminino</i>	
Endereço para correspondência	
Cidade, estado, código postal	
Nome do Pai/Mãe/Responsável	
Em que idioma você prefere falar sobre seu filho?*	
Em que idioma você prefere receber materiais escritos sobre os cuidados do seu filho?*	
Números de telefone do pai/mãe/responsável (celular e alternativo)	
E-mail do pai/mãe/responsável	

*A tradução e interpretação são disponibilizadas gratuitamente para os participantes.

A criança tem um diagnóstico escrito verificado de um Transtorno do Espectro Autista por um médico ou psicólogo? SIM NÃO **NÃO ANEXE REGISTROS MÉDICOS/OUTROS DOCUMENTOS NESTE MOMENTO.**

Liste outras condições médicas, cognitivas ou psiquiátricas relacionadas que afetam seu filho:

--

Eu (o pai/mãe/responsável da criança mencionada acima) preenchi este formulário com precisão e no melhor do meu conhecimento.

Assinatura do pai/mãe/responsável obrigatória:

Data:

Como Participar do Processo de Solicitação Aberta:

APENAS UMA INSCRIÇÃO POR CRIANÇA- Vários formulários serão descartados. **Envie apenas este formulário para se inscrever** – não envie mais nada. Entraremos em contato se precisarmos de mais informações.

Envie o Formulário de Inscrição: Por Correio

- Todas as inscrições devem ter um carimbo postal/ de data e enviadas entre 18 de outubro de 2024 – 1º de novembro de 2024
- Preencha o formulário com caneta e **letras legíveis**
- Envie o formulário por correio para: *(A Divisão de Autismo não pode aceitar formulários entregues em mãos)*

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

Envie o Formulário de Inscrição: Por E-mail

- As inscrições devem ser enviadas por e-mail para AutismDivision@mass.gov entre 18 de outubro de 2024 – 1º de novembro de 2024
- **Todas as inscrições devem ser enviadas diretamente apenas pelos pais/responsáveis**
- O formulário pode ser preenchido eletronicamente ou impresso, preenchido com caneta e letras legíveis e escaneado para ser enviado por e-mail
- Os formulários podem ser enviados nos seguintes formatos: PDF (preferencial), JPG, se claramente visível
 - Se ele for preenchido em um smartphone/tablet, baixe um aplicativo de escaneamento gratuito e envie por meio de um arquivo PDF