

# Candidatura de Solicitação em Aberto 2024

## Programa de Isenção por Autismo Infantil

A Divisão de Autismo do Departamento de Serviços de Desenvolvimento

617-624-7778

**DIGITE NO FORMULÁRIO OU ESCREVA LEGIVELMENTE COM CANETA**

Nome da Criança	
Data de Nascimento da Criança	
Segurança Social da Criança # <b>OBRIGATÓRIO</b>	
MassHealth da Criança # <b>OBRIGATÓRIO</b>	
Tipo de Seguro MassHealth da Criança: (assinale com um círculo)	CommonHealth    Padrão    Privado    Outro
Sexo da Criança: <i>Escreva - Masculino ou Feminino</i>	
Endereço Postal	
Cidade, Estado, Código Postal	
Nome do Pai/Mãe/Tutor	
Em que Idioma Prefere Falar Sobre o Seu Filho?*	
Em que Idioma Prefere Receber Materiais Escritos Sobre os Cuidados do Seu Filho?*	
Números de Telefone dos Pais/Tutores (Telemóvel/Celular e Alternativo)	
E-mail dos Pais	

\* Os Serviços de Tradução e Intérprete são gratuitos para os participantes.

A criança tem um diagnóstico comprovado por escrito de um Transtorno do Espectro do Autismo feito por um médico ou psicólogo?

SIM     NÃO    **NÃO ANEXE OS REGISTOS MÉDICOS/QUAISQUER OUTROS DOCUMENTOS NESTE MOMENTO.**

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

*Eu (pai/mãe/tutor da criança acima referida) preenchi o presente formulário de forma exata e verdadeira, tanto quanto é do meu conhecimento.*

**Assinatura do Pai/Mãe/Tutor Obrigatória:**

**Data:**

### Como Participar no Processo de Solicitação:

**APENAS UMA CANDIDATURA POR CRIANÇA** - Vários formulários serão descartados. **Envie apenas este formulário para se candidatar** - não envie mais nada neste momento. Entraremos em contacto consigo se forem necessárias mais informações.

### Submeter o Formulário de Candidatura: Por correio

- Todas as candidaturas devem conter um Carimbo dos Correios/Datado entre 18 de outubro de 2024 – 1º de novembro de 2024
- Preencha o formulário com Caneta e **Escreva de Forma Legível**
- Envie o formulário por correio para: *(A Divisão de Autismo não pode aceitar formulários entregues em mão)*

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

### Submeter o Formulário de Candidatura: Por E-mail

- Todas as candidaturas devem ser enviadas por e-mail para [AutismDivision@mass.gov](mailto:AutismDivision@mass.gov) entre 18 de outubro de 2024 – 1º de novembro de 2024
- **Todas as candidaturas devem ser enviadas diretamente pelos Pais/Tutores**
- O formulário pode ser preenchido eletronicamente ou impresso, preenchido a caneta de forma legível e digitalizado para um e-mail
- O formulário pode ser enviado nos seguintes formatos: PDF (preferencialmente), JPG se for claramente visível
  - Se preenchido num smartphone/tablet, descarregue uma aplicação/aplicativo de digitalização gratuita e envie através de um ficheiro PDF