

Formulaire de demande ouverte 2024

Programme d'aide pour les enfants atteints d'autisme

La Division Autisme du Département des Services Développementaux

617-624-7778

VEUILLEZ REMPLIR LE FORMULAIRE OU ÉCRIRE CLAIREMENT AU STYLO

Nom de l'enfant	
Date de naissance de l'enfant	
N° de sécurité sociale de l'enfant OBLIGATOIRE	
N° MassHealth de l'enfant OBLIGATOIRE	
Type d'assurance MassHealth de l'enfant : (veuillez encercler)	CommonHealth Standard Privé Autre
Sexe de l'enfant : <i>Veuillez écrire - Masculin ou Féminin</i>	
Adresse postale	
Ville, État, code postal	
Nom du parent ou tuteur	
Dans quelle langue préférez-vous parler de votre enfant ?*	
Dans quelle langue préférez-vous recevoir les documents écrits concernant les soins de votre enfant ?*	
Numéros de téléphone des parents/tuteurs (portable et alternatif)	
Email du parent	

**La traduction et l'interprétation sont gratuites pour les participants.*

L'enfant a-t-il fait l'objet d'un diagnostic écrit et vérifié de trouble du spectre autistique établi par un médecin ou un psychologue ?

☐ OUI ☐ NON **NE PAS JOINDRE DE DOSSIER MÉDICAL/AUTRE DOCUMENT POUR L'INSTANT.**

Veuillez énumérer les autres troubles médicaux, cognitifs ou psychiatriques qui affectent votre enfant :

--

Je (le parent/tuteur de l'enfant susmentionné) déclare avoir rempli le présent formulaire avec exactitude et sincérité, au mieux de mes connaissances.

Signature du parent/tuteur requise :

Date :

Comment participer à la procédure de demande :

UNE SEULE DEMANDE PAR ENFANT - Les formulaires multiples seront rejetés. **N'envoyez que ce formulaire pour poser votre candidature** - n'envoyez rien d'autre pour l'instant. Nous vous contacterons si nous avons besoin de plus d'informations.

Soumettez le formulaire de demande : Par courrier

- Toutes les demandes doivent porter un cachet postal entre le 18 octobre 2024 – 1er novembre 2024
- Veuillez remplir le formulaire au stylo et en caractères d'imprimerie
- Veuillez envoyer le formulaire par la poste à (La Division Autisme n'est pas en mesure d'accepter les formulaires remis en main propre) :

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

Soumettez le formulaire de demande : Par email

- Toutes les demandes doivent être envoyées par email à AutismDivision@mass.gov entre le 18 octobre 2024 – 1er novembre 2024
- Toutes les demandes doivent être envoyées directement par le parent/tuteur uniquement
- Le formulaire peut être complété électroniquement ou imprimé, rempli clairement au stylo et scanné dans un email
- Le formulaire peut être envoyé dans les formats suivants : PDF (de préférence), JPG si clairement visible
 - Si vous remplissez le formulaire à l'aide d'un smartphone ou d'une tablette, téléchargez une application gratuite de numérisation et envoyez le formulaire sous format PDF