

# Solicitud de Aplicación Abierta 2024

## 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) <b>REQUERIDO</b>	
Número de MassHealth del niño(a) <b>REQUERIDO</b>	
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 18 de octubre de 2024 - 1 de noviembre de 2024.
- 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](mailto:AutismDivision@mass.gov) entre el 18 de octubre de 2024 - 1 de noviembre de 2024
- 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