



2024 公開申請表

兒童孤獨症豁免計畫

發展服務部孤獨症部門

617-624-7778

請在表格裡輸入或用鋼筆和印刷體清楚地填寫

兒童姓名	
兒童的出生日期	
兒童的社會保障號碼必需	
兒童的 MassHealth 號碼必需	
兒童的 MassHealth 保險類型：（請圈出）	CommonHealth 标准 私人 其它
兒童的性別：請寫 - 男或女	
郵寄地址：	
城市、州、郵編	
家長/監護人的姓名	
您更喜歡用哪種語言來談論您的孩子？ *	
關於您孩子護理的書面材料，你更希望收到哪個語言版本的？ *	
家長/監護人的電話號碼（手機 & 備用電話）	
家長的電子郵件	

*所有參與者均可獲得免費的筆譯和口譯服務。

孩子是否有經過核實的醫生或心理學家出具的孤獨症譜系障礙的書面診斷？

☐ 是 ☐ 否 此時不要 附上病歷/任何其他文件。

請列出影響您孩子的其他相關醫學、認知或精神疾病：

--

本人（上述子女的家長/監護人）已盡本人所知準確、真實地填寫了本表格。

必需的家長/監護人簽字：

日期：

如何參與申請流程：

每個孩子只交一份申請—多份申請將被丟棄。只需發送此表即可申請—此時不要發送任何其他表格。如果需要更多資訊，我們會聯繫您。

提交申請表：通過郵件

- 所有申請表的郵戳/日期戳必須在2024年10月18日 - 2024年11月1日之間。
- 請用鋼筆和印刷字體清楚地填寫申請表。
- 請將申請表郵寄至：（孤獨症部門不接受親手遞交的申請表）

AUTISM DIVISION of DDS, Att. Children's Autism Waiver Program Open Request

1000 Washington Street, Boston, MA 02118

提交申請表：通過電子郵件

- 所有申請表必須在 2024 年 10 月 18 日 - 2024 年 11 月 1 日經電子郵件發送至 AutismDivision@mass.gov。
- 所有申請表都必須只由家長/監護人直接發送
- 申請表可以用電子方式填寫，也可以打印出來，用鋼筆清楚地填寫，然後掃描到電子郵件裡
- 申請表可用以下格式發送：PDF（首選）、JPG（如果清晰易讀）
 - 如果在智慧手機/平板電腦上完成，可下載免費的掃描應用程式並通過 PDF 文件發送。