

2024 Açık Talep Başvurusu

Çocuklarda Otizm Feragat Programı

The Autism Division of the Department of Developmental Services (Gelişimsel Hizmetler Dairesi Otizm Bölümü)
617-624-7778



LÜTFEN FORMU DOLDURUN VEYA TÜKENMEZ KALEMLE OKUNAKLI YAZIN

Çocuğun Adı	
Çocuğun Doğum Tarihi	
Çocuğun Sosyal Güvenliği # GEREKLİ	
Çocuğun MassHealth # GEREKLİ	
Çocuğun MassHealth Sigorta Türü: (lütfen yuvarlak içine alın)	CommonHealth Standart Özel Diğer
Çocuğun Cinsiyeti: <i>Lütfen - Erkek veya Kız yazın</i>	
Posta Adresi	
Şehir, Eyalet, Posta Kodu	
Ebeveyn/Bakıcı Ailenin Adı	
Çocuğunuzla Alakalı Olarak Hangi Dilde Konuşmayı Tercih Edersiniz?*	
Çocuğunuzun Bakımıyla Alakalı Olarak Hangi Dilde Materyal Almayı Tercih Edersiniz?*	
Ebeveyn/Vasi Telefon Numaraları (Mobil & Alternatif)	
Ebeveyn E-posta Adresi	

* Çeviri ve Tercümanlık hizmeti katılımcılara ücretsizdir.

Çocuğa bir doktor veya psikolog tarafından doğrulanmış yazılı bir Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı kondu mu?

☐ EVET ☐ HAYIR **ŞUAN TIBBİ KAYITLARI/DİĞER HERHANGİ BİR BELGEYİ EKLEMİYİN.**

Lütfen çocuğunuzu etkileyen diğer ilgili tıbbi, bilişsel veya psikiyatrik durumları sırayla yazın:

--

Ben (yukarıda adı geçen çocuğun ebeveyni/vasisi) bu formu bilgim dahilinde doğru ve gerçeğe uygun bir şekilde doldurdum.

Ebeveyn/Vasi İmzası (Gerekli):

Tarih:

Talep Sürecine Nasıl Katılabilirsiniz:

ÇOCUK BAŞINA SADECE BİR BAŞVURU— Birden fazla form dikkate alınmayacaktır. Başvurmak için yalnızca bu formu gönderin -şu anda başka hiçbir şey göndermeyin. Daha fazla bilgiye ihtiyaç duyulması halinde sizinle iletişime geçeceğiz.

Başvuru Formunu Gönderme Şekli: E-posta

- 18 Ekim 2024 - 1 Kasım 2024 tarihi arasındaki tüm Başvurular Posta Damgası/Tarih Damgası içermelidir.
- Lütfen formu bilgisayar ile veya tükenmez kalemle **Okunaklı** şekilde **Doldurun**
- Lütfen formu bu adrese postalayın: (Otizm Bölümü elden teslim edilen formları almayacaktır)

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

Başvuru Formunu Gönderme Şekli: E-posta

- Tüm Başvurular **18 Ekim 2024 - 1 Kasım 2024** tarihleri arasında AutismDivision@mass.gov adresine e-posta ile gönderilmelidir.
- Tüm Başvurular doğrudan Yalnızca Ebeveyn/Vasi tarafından gönderilmelidir.
- Form elektronik olarak doldurulabilir veya yazdırılabilir, kalemle net bir şekilde doldurulabilir ve e-postaya taranabilir
- Form aşağıdaki formatlarda gönderilebilir: PDF (tercih edilir), açıkça görülebiliyorsa JPG
 - İşlemi akıllı telefon/tablet üzerinde tamamlıyorsanız ücretsiz bir tarayıcı uygulamasını indirin ve bir PDF dosyası aracılığıyla gönderin