

# Formulaire de demande ouverte 2025

## 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 <b>OBLIGATOIRE</b>	
N° MassHealth de l'enfant <b>OBLIGATOIRE</b>	
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 **17 octobre 2025 – 31 octobre 2025**
- 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  
40 Broad St, 4<sup>th</sup> Floor, Boston, MA 02109**

### **Soumettez le formulaire de demande : Par email**

- Toutes les demandes doivent être envoyées par email à [AutismDivision@mass.gov](mailto:AutismDivision@mass.gov) entre le **17 octobre 2025 – 31 octobre 2025**
- **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