Solicitud de Aplicación Abierta 2025

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 BOLÍGRAFO EN LETRA CLARA

Nombre del niño(a)	
Fecha de nacimiento del niño(a)	
Número de seguro social del niño(a) **REQUERIDO**	
Número de MassHealth del niño(a) **REQUERIDO**	
Tipo de seguro de MassHealth del niño(a): (por favor marque con un círculo)	CommonHealth Estándar Privado Otro
Género del niño(a): *Por favor escriba - Masculino o Femenino*	
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 escrito 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 17 y 31 de octubre de 2025**
- 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
40 Broad St, 4th Floor, Boston, MA 02109

Envíe el formulario de solicitud: Por correo electrónico

- Todas las solicitudes deben enviarse por correo electrónico a **AutismDivision@mass.gov** entre el **17 y 31 de octubre de 2025**
- **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