Inscrição para Solicitação Aberta de 2026

Programa de Isenção para Autismo Infantil

Divisão de Autismo do Departamento de Serviços de Desenvolvimento

617-624-7778

DIGITE NO FORMULÁRIO OU ESCREVA COM CANETA E LETRAS LEGÍVEIS

Nome da criança:	
Data de nascimento da criança	
Número do seguro social da criança **OBRIGATÓRIO**	
Número do MassHealth da criança **OBRIGATÓRIO**	
Tipo de seguro do MassHealth da criança: (circule)	CommonHealth Padrão Privado Outro
Gênero da criança: *Escreva - Masculino ou Feminino*	
Endereço para correspondência	
Cidade, estado, código postal	
Nome do Pai/Mãe/Responsável	
Em que idioma você prefere falar sobre seu filho?*	
Em que idioma você prefere receber materiais escritos sobre os cuidados do seu filho?*	
Números de telefone do pai/mãe/responsável (celular e alternativo)	
E-mail do pai/mãe/responsável	

**A tradução e interpretação são disponibilizadas gratuitamente para os participantes.*

A criança tem um diagnóstico escrito verificado de um Transtorno do Espectro Autista por um médico ou psicólogo? ☐ **Circule: SIM** ☐ **NÃO**

NÃO ANEXE REGISTROS MÉDICOS/OUTROS DOCUMENTOS NESTE MOMENTO.

Liste outras condições médicas, cognitivas ou psiquiátricas relacionadas que afetam seu filho:

Eu (o pai/mãe/responsável da criança mencionada acima) preenchi este formulário com precisão e no melhor do meu conhecimento.

Assinatura do Pai/Mãe/Responsável:	Data:

Como Participar do Processo de Solicitação Aberta:

APENAS UMA INSCRIÇÃO POR CRIANÇA- Múltiplos formulários serão descartados. **Envie apenas este formulário para se inscrever** – não envie mais nada por agora. Entraremos em contato se precisarmos de mais informações.

ESCOLA *UMA* DAS OPÇÕES ABAIXO:

Envie o Formulário de Inscrição: Por Correio

- **Todas as inscrições devem ter um carimbo postal/selo com data entre 16 de outubro de 2026 – 30 de outubro de 2026**
- Envie o formulário por correio para*:*

  DDS AUTISM DIVISION
  Attn. Children's Autism Waiver Program Open Request
  40 Broad Street, 4th Floor
  Boston, MA 02109

Envie o Formulário de Inscrição: Por E-mail

Todas as inscrições devem ser enviadas por e-mail para: DDS-ChildrensAutismWaiverProgram@mass.gov entre **16 de outubro de 2026 – 30 de outubro de 2026**

- **Todas as inscrições devem ser enviadas diretamente apenas pelos pais/responsáveis**
- O formulário pode ser preenchido eletronicamente ou impresso, preenchido com caneta e letras legíveis e escaneado para ser enviado por e-mail
- Os formulários podem ser enviados nos seguintes formatos: PDF (preferencial), JPG, se claramente visível. Se ele for preenchido em um smartphone/tablet, baixe um aplicativo de escaneamento gratuito e envie por meio de um arquivo PDF

Envie o Formulário de Inscrição por Fax:
1-857-323-8379

Preencha o Formulário de Inscrição Online:

- A inscrição pode ser preenchida utilizando o seguinte link: Inscrição de Solicitação Aberta de Interesse 2026
- A inscrição pode ser preenchida lendo o QR Code:

Todas as inscrições devem ser preenchidas online entre 16 de outubro de 2026 – 30 de outubro de 2026.
A Divisão de Autismo não pode aceitar formulários entregues em mãos.