Inskrison pa Kandidatura 2026

Prugrama di Izénson pa Kriansas ku Autismu

Divizon di Autismu di Dipartamentu di Servisus di Dizenvolvimentu

617-624-7778

PUR FAVOR DIJITA FORMULÁRIU OU SKRÉVI KU KANETA DI FORMA KLÁRU

Nomi di Kriansa	
Dáta di Nasimentu di Kriansa	
Númeru di Siguransa Sosial **IZIJIDU**	
Númeru di MassHealth di Kriansa **IZIJIDU**	
Tipu di Siguru MassHealth di Kriansa: (pur favor, sirkula)	Common Health Padrón Privadu Ôtu
Jéneru di Kriansa: *Pur Favor Skrévi – Mátxu ou Fémia*	
Inderêsu di kureiu	
Sidadi, Stádu, Kódigu Postal	
Nomi di Pâis/Inkaregadu di Idukason	
Na ki Língua ki bu ta Prifiriba Fala Sobri bu Fidju?*	
Na ki Língua ki bu ta Prifiriba Resebi Material Pur Skritu Sobri Kuidadus pa bu Fidju?*	
Númerus di Tilifoni di Pâis/Inkaregadu di Idukason (Telemóvel & Alternativu)	
E-mail di Pâis	

****Traduson y Interpretason ka ten ninhun kustu pa partisipantis.***

Kriansa ten un diagunóstiku pur skritu verefikádu di Transtornu di Espetru Autista fêtu pa algun dôtor ou Psikólogu? ☐ **Pur favor, sirkula: SIN** ☐ **NAU**

KA BU ANÉKSA NINHUN RILATORIU MÉDIKU ou NINHUN OTU DUKUMENTU GÓSI.

Pur favor, poi ôtus prublemas médikus, kognitívu ou psikiátriku rilasionadu ki ta afeta bu fidju:

Mi (pai/inkaregadu di idukason di kriansa mensionadu di riba) N prinxi kel formuláriu li ku prisizon y di forma verdadêru, di akordu ku nha konhesimentu.

***Asinatura di Pâis ou Inkaregadu di Idukason*:** **Dáta:**

Modi ki bu ta Partisipa na Prusésu Kandidatura*:*
SÓ UN INSKRISON PA KRIANSA —Un munti inskrison ta ser diskartádu. **Pa inskrevi manda só kel formuláriu li** – Ka bu manda nada más nês mumentu. Nu ta ben kontakta-u si nu mesti más informason.

SKODJI UN DI KES OPISON DI BÁXU:

Manda Formuláriu di Inskrison: Pa Kureiu

- **Tudu inskrison débi teni Karinbu Postal/Dáta di karinbu entri 16 di Outubru di 2026 pa 30 di Outubru di 2026**
- Pur favor manda kureiu pa*:*

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

Manda Formuláriu di Inskrison: Pa e-mail

- **Tudu inskrison ten ki mandádu pa**: **DDS-ChildrensAutismWaiverProgram@mass.gov** entri **16 di Outubru di 2026 pa 30 di Outubru di 2026**
- **Tudu inskrison ten ki ser mandádu Só diretamenti através di Pâis/Inkaregadus di Idukason**
- Formuláriu podi ser inprimidu ou prinxídu ku kaneta di forma kláru y skaniadu pa un e-mail
- Formuláriu podi mandádu di kês manêra li: PDF (di prifirensia), JPG si sta di forma kláru
  - Si foi prinxídu na móvel/tablet- baixa un aplikativu di skânia di grása y manda através di un arkivu PDF

Manda Formuláriu di Inskrison pa Fákis:
1-857-323-8379

Prinxi Formuáriu Online:

- Inskrison podi ser fêtu uzandu kel siginti link li:
  Formuláriu di Pididu di Informason Sobri Vágas Abertu pa 2026
- Inskrison podi ser fêtu através di leitura di kódigu QR:

Tudu Inskrison ten ki ser fêtu online entri dia 16 di Otubru di 2026 ti dia 30 di Otubru di 2026.
Divizon di Autismu ka ta aseita formulárius intregadus na mô.