Candidatura de Solicitação em Aberto 2026

Programa de Isenção por Autismo Infantil

A Divisão de Autismo do Departamento de Serviços de Desenvolvimento

617-624-7778

DIGITE NO FORMULÁRIO OU ESCREVA LEGIVELMENTE COM CANETA

Nome da Criança	
Data de Nascimento da Criança	
Segurança Social da Criança # **OBRIGATÓRIO**	
MassHealth da Criança **# OBRIGATÓRIO**	
Tipo de Seguro MassHealth da Criança: (assinale com um círculo)	CommonHealth Padrão Privado Outro
Sexo da Criança: *Escreva - Masculino ou Feminino*	
Endereço Postal	
Cidade, Estado, Código Postal	
Nome do Pai/Mãe/Tutor	
Em que Idioma Prefere Falar Sobre o Seu Filho?*	
Em que Idioma Prefere Receber Materiais Escritos Sobre os Cuidados do Seu Filho?*	
Números de Telefone dos Pais/Tutores (Telemóvel/Celular e Alternativo)	
E-mail dos Pais	

***** *Os Serviços de Tradução e Intérprete são gratuitos para os participantes.*

A criança tem um diagnóstico comprovado por escrito de um Transtorno do Espectro do Autismo feito por um médico ou psicólogo?

☐ **Por favor, assinale: SIM** ☐ **NÃO**

NÃO ANEXE OS REGISTOS MÉDICOS/QUAISQUER OUTROS DOCUMENTOS NESTE MOMENTO.

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

Eu (pai/mãe/tutor da criança acima referida) preenchi o presente formulário de forma exata e verdadeira, tanto quanto é do meu conhecimento.

Assinatura do Pai/Mãe/Tutor: **Data:**

Como Participar no Processo de Solicitação Aberta de Isenção por Autismo:

APENAS UMA CANDIDATURA POR CRIANÇA - Vários formulários serão descartados. **Envie apenas um formulário para se candidatar** - não envie mais nada neste momento. Entraremos em contacto consigo se forem necessárias mais informações.

ESCOLHA UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

Submeter o Formulário de Candidatura: Por correio

- **Todas as candidaturas devem conter um Carimbo dos Correios/Datado entre 16 de outubro de 2026 – 30 de outubro de 2026**
- Envie o formulário por correio para:

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

Submeter o Formulário de Candidatura: Por E-mail

- Todas as candidaturas devem ser enviadas por e-mail para **DDS-ChildrensAutismWaiverProgram@mass.gov** entre **16 de outubro de 2026 – 30 de outubro de 2026**
- **Todas as candidaturas devem ser enviadas diretamente Apenas pelos Pais/Tutores**
- O formulário pode ser preenchido eletronicamente ou impresso, preenchido a caneta de forma legível e digitalizado para um e-mail
- O formulário pode ser enviado nos seguintes formatos: PDF (preferencialmente), JPG se for claramente visível. Se preenchido num smartphone/tablet, descarregue uma aplicação/aplicativo de digitalização gratuita e envie através de um ficheiro PDF

Submeter o Formulário de Candidatura por Fax:
1-857-323-8379

Preencher a Candidatura Online:

- A candidatura pode ser preenchida através do seguinte link: Formulário de Solicitação de Interesse Aberto para 2026
- A candidatura pode ser preenchida digitalizando o código QR:

Todas as candidaturas devem ser preenchidas online entre 16 de outubro de 2026 e 30 de outubro de 2026.
A Divisão de Autismo não poderá aceitar formulários entregues em mão.