

Formulaire de demande ouverte 2026

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 OBLIGATOIRE	
N° MassHealth de l'enfant OBLIGATOIRE	
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 reçu d'un médecin ou d'un psychologue un diagnostic écrit et confirmé de trouble du spectre autistique ?

☐ Veuillez encercler : **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 :

Date :

Comment participer à la procédure de demande :

UNE SEULE DEMANDE PAR ENFANT - Les formulaires multiples seront rejetés. **N'envoyez que ce formulaire pour présenter votre demande** - n'envoyez rien d'autre pour l'instant. Nous vous contacterons si nous avons besoin de plus d'informations.

CHOISISSEZ L'UNE DES OPTIONS CI-DESSOUS :

Soumettez le formulaire de demande : Par courrier

- **Toutes les demandes doivent porter un cachet postal entre le 16 octobre 2026 et le 30 octobre 2026**
- Veuillez envoyer le formulaire par la poste à :

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

Soumettez le formulaire de demande : Par email

Toutes les demandes doivent être envoyées par email à DDS-ChildrensAutismWaiverProgram@mass.gov entre le **16 octobre 2026 et le 30 octobre 2026**

- **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 e-mail
- 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

Soumettez le formulaire de demande par fax :

1-857-323-8379

Remplissez le formulaire de demande en ligne :

- Le formulaire de demande peut être rempli à l'aide du lien suivant :
[Demande ouverte 2026 pour manifestation d'intérêt](#)
- Le formulaire de demande peut être rempli en scannant le code QR :



Toutes les demandes doivent être remplies en ligne entre le 16 octobre 2026 et le 30 octobre 2026.

La Division Autisme n'accepte pas les formulaires remis en main propre.

Tous les formulaires sont disponibles en plusieurs langues sur le site Web du DDS.

[Aperçu du Programme d'aide pour les enfants atteints d'autisme du DDS | Mass.gov](#)