

2026 खुला अनुरोध आवेदन

बाल अटिजम छुट कार्यक्रम

विकासात्मक सेवा विभाग अन्तर्गत अटिजम डिभिजन

617-624-7778

कृपया फाराममा टाइप गर्नुहोस् वा कलमले बुझ्ने गरी ठूला अक्षरमा लेख्नुहोस्

बच्चाको नाम	
बच्चाको जन्म मिति	
बच्चाको सामाजिक सुरक्षा # अनिवार्य	
बच्चाको MassHealth # अनिवार्य	
बच्चाको MassHealth बीमाको प्रकार: (कृपया गोलो लगाउनुहोस्)	CommonHealth मानक निजी अन्य
बच्चाको लिङ्ग: कृपया पुरुष वा महिला लेख्नुहोस्	
पत्राचार ठेगाना	
नगर, प्रान्त, जिप कोड	
अभिभावकको नाम	
आफ्नो बच्चाको बारेमा तपाईं कुन भाषामा बोल्न रुचाउनुहुन्छ ?*	
तपाईंको बच्चाको हेरचाहको बारेमा तपाईं कुन भाषामा लिखित सामाग्री प्राप्त गर्न रुचाउनुहुन्छ ?*	
अभिभावकको फोन नम्बर (मोबाइल र वैकल्पिक)	
अभिभावकको ईमेल	

*सहभागीहरूको लागि अनुवाद र दोभाषे सेवा नि:शुल्क उपलब्ध छ ।

के बच्चाको चिकित्सक वा मनोचिकित्सकबाट अटिजम स्पेक्ट्रम विकारको प्रमाणित लिखित निदान पूर्जा छ ?

☐ कृपया गोलो लगाउनुहोस्: हो ☐ होइन

अहिलेको लागि कुनै मेडिकल रेकर्ड/अरू कुनै दस्तावेजहरू संलग्न नगर्नुहोस् ।

कृपया तपाईंको बालबालिकालाई असर पार्ने अन्य सम्बन्धित मेडिकल, संज्ञानात्मक वा मनोचिकित्सकीय अवस्थाहरू सूचीकृत गर्नुहोस्:

--

म (माथि नाम दिइएको बच्चाको अभिभावक) ले यो फाराम मेरो जानकारीमा रहेसम्म सही र सत्यतापूर्वक पूरा गरेको छु ।

अभिभावकको हस्ताक्षर अनिवार्य छ:

मिति:

अटिजम छुट खुल्ला निवेदन प्रक्रियामा कसरी सहभागी हुने:

प्रति बच्चा एउटा मात्र आवेदन—एकभन्दा बढी फाराम भरेमा खारेज हुने छन्। आवेदन दिनको लागि यो फाराम मात्र पठाउनुहोस्— हालका लागि अरू कुनै पनि कुरा नपठाउनुहोस्। थप विवरण आवश्यक परेमा हामी तपाईंलाई सम्पर्क गर्ने छौं।

तलका विकल्पहरूमध्ये कुनै एउटा छनोट गर्नुहोस्:

आवेदन फाराम निम्नानुसार पेस गर्नुहोस्: हलाकबाट

- सबै आवेदनहरूमा अक्टोबर 16, 2026 - अक्टोबर 30, 2026 बिचको मितिको पोष्टमार्क वा मिति छाप लागेको हुनुपर्दछ
- कृपया फाराम यस ठेगानामा पठाउनुहोस्:

DDS AUTISM DIVISION

Attn. Children's Autism Waiver Program Open Request

40 Broad St, 4th Floor

Boston, MA 02109

आवेदन फाराम निम्नानुसार पेस गर्नुहोस्: इमेलबाट

- सबै आवेदनहरू अक्टोबर 16, 2026 - अक्टोबर 30, 2026 को बिचमा DDS-ChildrensAutismWaiverProgram@mass.gov मा इमेल गरिसक्नुपर्ने छ
- सबै आवेदनहरू सिधै अमाबाबु/अभिभावकबाट मात्र पठाइएको हुनुपर्दछ
 - फारामहरू विद्युतीय रूपमा भर्न सकिन्छ वा प्रिन्ट गरेर, कलमले स्पष्ट रूपमा भरेर स्क्यान गरी इमेलमा पठाउन पनि सकिन्छ
 - फाराम निम्न ढाँचामा पठाउन सकिन्छ: PDF (रुचाइने), JPG यदि स्पष्ट रूपमा देखिने भए। यदि स्मार्टफोन/ट्याब्लेटमा पूरा गर्दै हुनुहुन्छ भने - एक निःशुल्क स्क्यानर अनुप्रयोग डाउनलोड गर्नुहोस् र PDF फाइल बनाएर पठाउनुहोस्

फ्याक्स मार्फत आवेदन फाराम पेस गर्नुहोस्:

1-857-323-8379

अनलाइन आवेदन भर्नुहोस्:

- निम्न लिङ्क प्रयोग गरेर आवेदन पूरा गर्न सकिन्छ:
[2026 खुला रुचि अनुरोध आवेदन](#)
- QR कोड स्क्यान गरेर आवेदन पूरा गर्न सकिन्छ:



सबै आवेदनहरू अक्टोबर 16, 2026 - अक्टोबर 30, 2026 बिचमा अनलाइन पूरा गर्नुपर्ने छ।

अटिजम डिभिजनले व्यक्तिगत रूपमा आएर पेस गरिएका फारामहरू स्वीकार गर्न सक्ने छैन।

सबै फारामहरू DDS वेबसाइटमा धेरै भाषाहरूमा उपलब्ध छन्। [DDS बाल अटिजम छुट सेवा कार्यक्रमको सिंहावलोकन](#) | [Mass.gov](https://www.mass.gov)