

2026 िुिा अनुरोध आवेदन

बाँ अचटजम छुट काराक्रम
लवकासात्मक सेवा लविग अन्तगुत अलिजम लिलिजर्न

617-624-7778



कृपया फाराममा टाइप गर्नुहोस् वा कलमले बन्दछ्ने गरी ठूला अक्षरमा लेख्नुहोस्

बच्िाको नाम	
बच्िाको जन्म लमलत	
बच्िाको सामाजिक सनरक्षा # अचनवार्ा	
बच्िाको MassHealth # अचनवार्ा	
बच्िाको MassHealth बीमाको प्रकार: (कृपया गोली लगाउनुहोस्)	CommonHealth मानक लनेजौ अन्य
बच्िाको ललङ्ग: कृपया पुरुष वा मगहला लेख्नुहोस्	
पत्रािर ठेगाना	
नगर, प्रान्त, लजप कोि	
अलिावकको नाम	
आफ्नो बच्िाको बारेमा तपाईं कुि िाषामा बोल्न रुिाउनुहुन्छ ?*	
तपाईंका बच्ाका हाराहका बारेमा तपाईं कुि िाषामा ललालत सामाग्रा प्राप्त गर्नु रुिाउनुहुन्छ ?*	
अलिावकको फोर्न नम्बर (मोबाइल र वैकलत्पक)	
अलिावकको इमेल	

स्वहभागीहरूको लागग अनुवाद र दोभाषे सेवा गन:शुल्क उपलब्ध छ ।

के बच्चाको चचचकत्सक वा मनोचचचकत्सकबाट अचटजम स्पेक्ट्रम चवकारको प्रमाचित चिचित चनदान पूजा छ ?

☐ कृपया गोली लगाउनुहोस्: हो ☐ होइन

अचहिको िाचि कुनै मेचिकि रेकि/अरू कुनै दस्तावेजहरू संिग्र निनुहोस् ।

कृपया तपाईंको बालबालकालाई असर पार्ने अन्य सम्बलन्ित मेलिकल, संज्ञानात्मक वा मनोलिलकत्सकीय अवस्थाहरू सूिीकृत गर्नुहोस्:

--

म (मागि नाम गदइएको बच्चाको अगभभावक) ले यो फाराम मेरो जानकारीमा रहेसम्म सही र सत्यतापूर्वक पूरा गरेको छु ।

अचिावकको हस्ताक्षर अचनवार्ा छ:

चमचत:

अटिजम छुि खुल्ला चनवेदन प्रचक्रामा कसरी सहििी हुने:

प्रति बच्चा एउटा मात्र आवेदर—एकिन्दा बढी फाराम िरेमा िोरेज हुने छन् । आवेदन चदनको िाचि र्ो फाराम मात्र पठाउनुहोस् – हालका लालग अरू क्कै पलर्न क्का नपठाउर्नहोस् । थप लववरण आवश्यक परेमा हामी तपाईंलाई सम्पकु गर्ने छौं ।

तलका टिकल्पहरूमध्ये कुनै एउटा/छनोि गनुुहोस्:

आवेदन फाराम चनम्रानुसार पेस िनुहोस्: हुिाकबाट

- सबै आवेदनहरूमा अक्टोबर 16, 2026 - अक्टोबर 30, 2026 टबचको चमचतको पोष्टमाका वा चमचत छाप िािेको हुनुपदाछ
- कृपया फाराम यस ठेगानामा पठाउर्नहोस्:

DDS AUTISM DIVISION

Attn. Children's Autism Waiver Program Open Request

40 Broad St, 4th Floor

Boston, MA 02109

आवेदन फाराम चनम्रानुसार पेस िनुहोस्: इमेिबाट

सबै आवेदनहरू अक्टोबर 16, 2026 - अक्टोबर 30, 2026 को लबिमा DDS-ChildrensAutismWaiverProgram@mass.gov मा इमेल गररसक्ननपर्ने छ

- सबै आवेदनहरू चसथै आमाबाबु/अचिावकबाट मात्र पठाइएको हुनुपदाछ
- फारामहरू लवघनतीय रूपमा िर्नुसलकन्छ वा लप्रन्ि गरेर, कलमले स्पष्ट रूपमा िरेर स्वयार्न गरी इमेलमा पठाउर्न पलर्न सलकन्छ
- फाराम लर्नम्रत ढाँिामा पठाउर्न सलकन्छ: PDF (रिाईर्न), JPG यलद स्पष्ट रूपमा देलर्ने िए । यलद स्मािुफोर्न/ि्याब्लेिमा पूरा गदै हुर्नहुन्छ िर्ने - एक लर्न:शनल्क स्वयार्न अर्ननप्रयोग िाउर्नलोि गर्नुहोस् र PDF फाइल बर्नीएर पठाउर्नहोस्

फ्याक्स म्रकत आवेदन राराम पेस गनफनहोस्:

1-857-323-8379

अनलाइन आवेदन भनफनहोस्:

- टनम्र टलङ्क प्रयोग गरेर आिेदन पर्सा गनु सटकन्छ:
[2026 खुला रुटि अनुरोध आिेदन](#)
- QR कोड स्वयान गरेर आिेदन पर्सा गनु सटकन्छ:



सबै आवेदनहरू अक्टोबर 16, 2026 - अक्टोबर 30, 2026 बबचमा अनलाइन पूरा सक्नेछ ।

अटिजम टडटिजनले व्यटिगत रूपमा आएर पेस गररएका फारामहरू स्क्रीकार गनु स्ने छैन ।