

Заявка на участие в программе, 2026 год

Альтернативная программа для детей с аутизмом

Подразделение по работе с людьми с аутизмом, Департамент

социального обеспечения людей с нарушениями в развитии

617-624-7778



ЗАПОЛНИТЕ ФОРМУ НА КОМПЬЮТЕРЕ ИЛИ ПИШИТЕ РУЧКОЙ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

Имя ребенка	
Дата рождения ребенка	
№ соц. страхования ребенка ОБЯЗАТЕЛЬНО	
№ MassHealth ребенка ОБЯЗАТЕЛЬНО	
Тип страховки MassHealth ребенка: (обведите кружком)	CommonHealth Стандарт Частная Прочее
Пол ребенка: <i>укажите - мужской или женский</i>	
Почтовый адрес	
Город, штат, почтовый индекс	
Имя родителя / опекуна	
На каком языке Вы предпочитаете говорить о своем ребенке?*	
На каком языке Вы предпочитаете получать письменные материалы об уходе за ребенком?*	
Телефон родителя / опекуна (мобильный и альтернативный)	
Эл. почта родителя	

**Услуги устного и письменного перевода предоставляются участникам бесплатно.*

Имеется ли у ребенка подтвержденный письменный диагноз «расстройство аутистического спектра», поставленный врачом или психологом?

☐ Обведите кружком: **ДА** ☐ **НЕТ**

НЕ ПРИКЛАДЫВАЙТЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИЛИ ИНЫЕ ДОКУМЕНТЫ НА ДАННОМ ЭТАПЕ.

Укажите другие сопутствующие медицинские, когнитивные или психиатрические нарушения ребенка:

--

Я (родитель/опекун указанного выше ребенка) подтверждаю, что заполнил(а) эту форму точно и достоверно, насколько мне известно.

Подпись родителя или опекуна:

Дата:

Как принять участие в процессе подачи заявок:

НЕ БОЛЕЕ ОДНОЙ ЗАЯВКИ НА ОДНОГО РЕБЕНКА—Повторные заявки рассматриваться не будут.
Для подачи заявки отправьте только саму форму — больше на данном этапе ничего отправлять не нужно. Мы свяжемся с Вами, если потребуется дополнительная информация.

ВЫБЕРИТЕ ОДИН ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ВАРИАНТОВ:

Отправка формы заявки: по почте

- На всех заявках должен стоять почтовый штемпель / дата отправки в период с 16 октября 2026 года по 30 октября 2026 года.
- Пожалуйста, отправьте форму по адресу:
**DDS AUTISM DIVISION
Attn. Children's Autism Waiver Program Open Request
40 Broad St, 4th Floor
Boston, MA 02109**

Отправка формы заявки: по электронной почте

Все заявки направлять по электронной почте: **DDS-ChildrensAutismWaiverProgram@mass.gov** в период с 16 октября 2026 года по 30 октября 2026 года.

- Все заявки должны отправляться только лично родителем/опекуном.
- Форму можно заполнить в электронном виде или распечатать, разборчиво заполнить ручкой и отсканировать для отправки по электронной почте.
- Форму можно отправить в следующих форматах: PDF (предпочтительно), JPG (если текст четко виден). Если Вы заполняете форму со смартфона или планшета, скачайте бесплатное приложение-сканер и отправьте файл в формате PDF.

Отправка формы заявки по факсу:

1-857-323-8379

Заполнение заявки онлайн:

- Заявку можно заполнить по следующей ссылке:
[Заявка на участие в программе, 2026 год](#)
- Заявку можно заполнить, отсканировав QR-код:



Все заявки должны быть заполнены онлайн в период с 16 по 30 октября 2026 года.
Подразделение по работе с людьми с аутизмом не принимает формы, доставленные лично.

Все формы доступны на веб-сайте DDS на нескольких языках. [Общая информация об Альтернативной программе для детей с аутизмом DDS | Mass.gov](#)