

Solicitud de Aplicación Abierta de 2026

Programa de Exención por Autismo de Niños

La División de Autismo del Departamento de Servicios de Desarrollo

617-624-7778



POR FAVOR, ESCRIBA EN EL FORMULARIO CON TECLADO O BOLÍGRAFO CON LETRA CLARA

Nombre del niño/de la niña	
Fecha de nacimiento del niño/de la niña	
Número de seguro social del niño/de la niña REQUERIDO	
Número de MassHealth del niño/de la niña REQUERIDO	
Tipo de seguro de MassHealth del niño/de la niña: (marque con un círculo)	CommonHealth Estándar Privado Otro
Género del niño/de la niña: <i>escriba masculino o femenino</i>	
Dirección postal	
Ciudad, estado, código postal	
Nombre del padre/de la madre/del tutor/de la tutora	
¿En qué idioma preferiría hablar sobre su hijo o hija?*	
¿En qué idioma preferiría recibir materiales escritos sobre el cuidado de su hijo o hija?*	
Teléfonos del padre/de la madre/del tutor/de la tutora (móvil y alternativo)	
Correo electrónico del padre/de la madre	

**La traducción e interpretación no tienen costo para las y los participantes.*

¿El niño o la niña tiene un diagnóstico escrito verificado de un trastorno del espectro autista de un médico o psicólogo? ☐ Marque con un círculo: SÍ ☐ NO

NO ADJUNTE REGISTROS MÉDICOS ni NINGÚN OTRO DOCUMENTO EN ESTE MOMENTO.

Enumere otras condiciones médicas, cognitivas o psiquiátricas relacionadas que afecten a su hijo o hija:

--

Yo (el padre/la madre/el tutor/la tutora del niño o de la niña nombrado o nombrada anteriormente) he completado este formulario con precisión y veracidad según mi mejor conocimiento.

Firma del padre, de la madre, del tutor o de la tutora:

Fecha:

Cómo participar en el proceso de solicitud abierta de exención por autismo:

SOLO UNA SOLICITUD POR NIÑO O NIÑA: se desecharán múltiples formularios. **Solo envíe el formulario de solicitud para aplicar;** no envíe nada más en este momento. Nos comunicaremos con usted si se necesita más información.

ELIJA UNA DE LAS OPCIONES QUE SE MUESTRAN A CONTINUACIÓN:

Envíe el formulario de solicitud: por correo postal

- Todas las solicitudes deberán tener un matasellos/sello de fecha entre el 16 y el 30 de octubre de 2026
- Por favor, envíe el formulario por correo postal a:

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

Envíe el formulario de solicitud: por correo electrónico

- Todas las solicitudes deben enviarse por correo electrónico a: **DDS-ChildrensAutismWaiverProgram@mass.gov** entre el 16 y el 30 de octubre de 2026
- **Únicamente el padre, la madre, el tutor o la tutora debe enviar directamente todas las solicitudes**
- El formulario puede completarse de forma electrónica o impresa, llenarse con bolígrafo con letra clara y escanearse para enviarse por correo electrónico
- El formulario puede enviarse en los siguientes formatos: PDF (preferido), JPG si se ve claramente. Si se completa en un teléfono inteligente/tableta, descargue una aplicación de escáner gratis y envíelo como archivo PDF

Envíe el formulario de solicitud: por fax

1-857-323-8379

Complete la solicitud en línea:

- La solicitud puede completarse usando el siguiente enlace:
Solicitud de Aplicación Abierta de Manifestación de Interés de 2026
- La solicitud puede completarse escaneando el siguiente código QR:



Todas las solicitudes deben completarse en línea entre el 16 y el 30 de octubre de 2026.

La División de Autismo no puede aceptar formularios entregados en persona.

Todos los formularios están disponibles en el sitio web del DDS en varios idiomas. Resumen del Programa de Servicios de Exención por Autismo de Niños del DDS | Mass.gov