

2026 Açık Talep Başvurusu

Çocuklarda Otizm Feragat Programı

Gelişimsel Hizmetler Dairesi Otizm Bölümü

617-624-7778



LÜTFEN FORMU DOLDURUN VEYA TÜKENMEZ KALEMLE OKUNAKLI YAZIN

Çocuğun Adı	
Çocuğun Doğum Tarihi	
Çocuğun Sosyal Güvenliği # GEREKLİ	
Çocuğun MassHealth # GEREKLİ	
Çocuğun MassHealth Sigorta Türü: (lütfen yuvarlak içine alın)	CommonHealth Standart Özel Diğer
Çocuğun Cinsiyeti: <i>Lütfen - Erkek veya Kız yazın</i>	
Posta Adresi	
Şehir, Eyalet, Posta Kodu	
Ebeveyn/Bakıcı Ailenin Adı	
Çocuğunuzla Alakalı Olarak Hangi Dilde Konuşmayı Tercih Edersiniz?*	
Çocuğunuzun Bakımıyla Alakalı Olarak Hangi Dilde Materyal Almayı Tercih Edersiniz?*	
Ebeveyn/Vasi Telefon Numaraları (Mobil & Alternatif)	
Ebeveyn E-posta Adresi	

* Çeviri ve Tercümanlık hizmeti katılımcılara ücretsizdir.

Çocuğa bir doktor veya psikolog tarafından doğrulanmış yazılı bir Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı kondu mu?

☐ Lütfen yuvarlak içine alın: EVET ☐ HAYIR

ŞUAN TIBBİ KAYITLARI/DİĞER HERHANGİ BİR BELGEYİ EKLEMİYİN.

Lütfen çocuğunuzu etkileyen diğer ilgili tıbbi, bilişsel veya psikiyatrik durumları sırayla yazın:

--

Ben (yukarıda adı geçen çocuğun ebeveyni/vasisi) bu formu bilgim dahilinde doğru ve gerçeğe uygun bir şekilde doldurdum.

Ebeveyn/Vasi imzası:

Tarih:

Otizm Feragat Açık Talep Sürecine Nasıl Katılabilirsiniz:

ÇOCUK BAŞINA SADECE BİR BAŞVURU— Birden fazla form dikkate alınmayacaktır. **Başvurmak için yalnızca bu formu gönderin** - şu anda başka hiçbir şey göndermeyin. Daha fazla bilgiye ihtiyaç duyulması halinde sizinle iletişime geçeceğiz.

Başvuru Formunu Gönderme Şekli: E-posta

- Tüm başvurular 16 Ekim 2026 - 30 Ekim 2026 tarihi arasındaki tüm Başvurular Posta Damgası/Tarih Damgası içermelidir.

- Lütfen formu bu adrese postalayın:

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

Başvuru Formunu Gönderme Şekli: E-posta

Tüm Başvurular 16 Ekim 2026 - 30 Ekim 2026 tarihleri arasında

DDS-ChildrensAutismWaiverProgram@mass.gov adresine e-posta ile gönderilmelidir.

- Tüm Başvurular doğrudan Yalnızca Ebeveyn/Vasi tarafından gönderilmelidir.
- Form elektronik olarak doldurulabilir veya yazdırılabilir, kalemle net bir şekilde doldurulabilir ve e-postaya taranabilir
- Form aşağıdaki formatlarda gönderilebilir: PDF (tercih edilir), açıkça görülebiliyorsa JPG İşlemi akıllı telefon/tablet üzerinde tamamlıyorsanız ücretsiz bir tarayıcı uygulamasını indirin ve bir PDF dosyası aracılığıyla gönderin

Başvuru formu Fax ile Gönderin:

1-857-323-8379

Başvuruyu Çevrimiçi Tamamlayın:

- Başvuru aşağıdaki bağlantı kullanılarak tamamlanabilir:

2026 Açık İlgili Talep Başvurusu

- Başvuru QR kodu taranarak tamamlanabilir:



Tüm başvurular 16 Ekim 2026 - 30 Ekim 2026 tarihleri arasında çevrimiçi tamamlanmalıdır.

Otizm Bölümü elden teslim edilen formları kabul etmeyecektir.

Tüm formlar çok dilli olarak DDS websayfasında mevcuttur. DDS Çocuk Otizm Feragat Hizmeti Programı Genel Bilgi | Mass.gov