

# Formulariu di Solisitason Abertu 2021

## Programa di Izenson di Autismu

Divizion di Autismu di Dipartamentu di Servisus di Dizenvolvimentu

617-624-7778

**FAVOR DIJITA NA FORMULARIU O SKREBI KLARU KU KANETA**

Nomi di Mininu	
Data di Nasimentu di Mininu	
Siguransa Sosial (Social Security ) di Mininu # REKERIDU	
MassHealth di Mininu # REKERIDU	
Tipu di Segurus di MassHealth di Miininu: favor sirkula	CommonHealth Standard Privadu Otu
Generu di Mininu: <i>Favor Skrebi- Matxu o Femia</i>	
Enderesu	
Sidadi, Stadu, Zip Code	
Nomi di Pais/Enkaregadu	
Na Ki Lingua Bu ta Prifiri Fala Sobri Kuidadus di Bu Fidju?*	
Na Ki Lingua Bu ta Prifiri Rasebi Matirial Skritu Sobri Kuidadus di Bu Fidju?*	
Numeru di Telefoni di Pais/Enkaregadu (Telemovel & Alternativu)	
Email di Pais	

*\*Traduson y Interpretason E gratuitu pa tudu partisipantis*

**Bu Fidju ten un diagnostiku skritu verifikadu di Disturbu di Spektru di Autismu di un doktor o Psikologu?**

SIN  NAU **KA BU ANEKSA REJISTRU MEDIKU/NENHUN OTU DOKUMENTUS GOSI LI.**

Favor lista otus kondisons mediku, kognitivu ki sta afeta bu mininu:

*Ami (pai/enkaregadu di mininu nomiadu la di riba) djan konpleta es formulariu kuretamenti y di forma veraderu, tantu kuantu e di nha konhesimentu.*

**Sinatura di Pais/enkaregadu:**

**Data:**

### **Modi ki ta Partisipa na Prosesu di Solisitason:**

**SO UN APLIKASON PA KRIANSA-** Si ben mas di ki un formulariu es ta ser diskartadu. **Manda somenti es formulariu pa aplika-** ka bu manda mas nada nes mumentu li. Nu ta ben kotaktou si stiver ta mestedu mas informason.

### **Submiti Kel Formulariu di Solisitason: Atravez di Kureiu**

- Tudu aplikason ten un Karinbu Postal/Data Selu entri 15 di Outubru- 30 di Outubru 2021**
- Favor konpleta formulariu ku kaneta y **Skrebi di forma Klaru**
- Favor envia formulariu pa: *(Autism Division ka ta aseita formularius lebadu pesualmenti)*

**AUTISM DIVISION of DDS, Att. Autism Waiver Program Open Interest Form**

**1000 Washington Street, Boston, MA 02118**

### **Submiti Formulariu di Solisitason: Atravez di Email**

- Tudu Aplikasons debi ser enviadu pa email [AutismDivision@mass.gov](mailto:AutismDivision@mass.gov) entre **15 di Outubru- 30 di Outubru 2021**
- Tudu Aplikason debi ser enviadu diretamenti so di Pais/Enkaregadu**
- Formulariu podi ser konpletadu iletronikamenti o inprimidu, prenxidu di forma klaru ku kaneta y skaniadu dentu di un email
- Formulariu podi ser enviadu na sigintis formatus: PDF (prifiridu), JPG si for klaramenti vizivel
  - Si for konpletadu na un smart phone/tablet- baxa kel app gratuitu di scanner y envia un fixeru di tipu PDF