

2020 年度開放請求申請

自閉症豁免計畫
發展服務部自閉症科
617-624-7518

請在表格輸入或使用原子筆以正楷書寫

兒童姓名	
兒童的出生日期	
兒童的社會安全碼 #必填	
兒童的 MassHealth 碼 #必填	
兒童的 MassHealth 保險類別：請圈選	CommonHealth 標準 私人 其他
兒童的性別：請寫 Male (男) 或 Female (女)	
郵寄地址	
城市/州/郵遞區號	
家長/監護人姓名	
您喜歡使用哪種語言談論您的兒童？*	
您希望關於收到您兒童照護的書面資料以什麼語言呈現？*	
家長/監護人電話號碼（手機或其他）	
家長電子郵件	

*免費為參加者提供翻譯和口譯服務。

請問該兒童是否有醫師或心理師提供的已驗證書面自閉症診斷？

是 否 **本次請不要附上醫療紀錄/任何其他文件。**

請列出其他相關影響您兒童的醫療、認知或精神狀態：

--

本人（上述兒童的家長/監護人）已就本人所知準確、真實地完成了此表。

家長/監護人簽名（必填）：

日期：

如何參加請求程序：

每位兒童僅能提出一次申請—多份申請表將予以捨棄。請僅發送此表進行申請—本次請不要發送任何其他文件。如需要更多資訊，我們將與您聯繫。

提交申請表：採郵寄方式

- 所有申請的郵戳或日期戳章必須在 2020 年 10 月 16 日至 2020 年 10 月 31 日之間
- 請以原子筆並正楷書寫完成表單
- 請郵寄至：（自閉症科不接受親自遞交的表單）

AUTISM DIVISION of DDS, Att. Autism Waiver Program Open Interest Form
500 Harrison Avenue, Boston, MA 02118

提交申請表：採電子郵件方式

- 所有申請必須在 2020 年 10 月 16 日–2020 年 10 月 31 日之間發信至 AutismDivision@state.ma.us
- 所有申請必須僅由家長/監護人直接發送
- 可以以電子或印刷的方式完成表單，請以原子筆清晰地書寫，並掃描夾帶至電子郵件
- 表單附件可以使用下列格式傳送：PDF（建議）、JPG（如清晰）
 - 如使用智慧型手機/平板填寫—請下載免費的掃描應用程式並以 PDF 檔傳送