

2020 年度开放请求申请

自闭症豁免计画
发展服务部自闭症科
617-624-7518

请在表格输入或使用钢笔以正楷书写

儿童姓名	
儿童的出生日期	
儿童的社会安全码 #必填	
儿童的 MassHealth 码 #必填	
儿童的 MassHealth 保险类别：请圈选	CommonHealth 标准 私人 其他
儿童的性别：请写 Male (男) 或 Female (女)	
邮寄地址	
城市/州/邮政编码	
家长/监护人姓名	
您喜欢使用哪种语言谈论您的儿童？ *	
您希望关于收到您儿童照护的书面信息以什么语言呈现？ *	
家长/监护人电话号码 (手机或其他)	
家长电子邮箱	

* 免费为参加者提供翻译和口译服务。

请问该儿童是否有医师或心理师提供的已验证书面自闭症诊断？

是 否 **本次请不要附上医疗纪录/任何其他文件。**

请列出其他相关影响您儿童的医疗、认知或精神状态：

--

本人 (上述儿童的家长/监护人) 已就本人所知准确、真实地完成了此表。

家长/监护人签名 (必填)：

日期：

如何参加请求程序：

每位儿童仅能提出一次申请—多份申请表将予以舍弃。请仅发送此表进行申请—本次请不要发送任何其他文件。如需要更多资讯，我们将与您联系。

提交申请表：采邮寄方式

- 所有申请的邮戳或日期戳章必须在 2020 年 10 月 16 日至 2020 年 10 月 31 日之间
- 请以钢笔并正楷书写完成表单
- 请邮寄至：(自闭症科不接受亲自递交的表单)

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

提交申请表：采电子邮件方式

- 所有申请必须在 2020 年 10 月 16 日–2020 年 10 月 31 日之间发信至 AutismDivision@state.ma.us
- 所有申请必须仅由家长/监护人直接发送
- 可以以电子或印刷的方式完成表单，请以港币清晰地书写，并扫描夹带至电子邮件
- 表单附件可以使用下列格式传送：PDF (建议)、JPG (如清晰)
 - 如使用智能手机/平板填写—请下载免费的扫描应用程序并以 PDF 档传送