

Candidatura de Solicitação em Aberto 2020

Programa de Isenção do Autismo

Divisão de Autismo do Departamento de Serviços de Desenvolvimento

617-624-7518

POR FAVOR, DIGITE NO FORMULÁRIO OU ESCREVA LEGIVELMENTE COM CANETA

Nome da Criança	
Data de Nascimento da Criança	
Nº. de Segurança Social da Criança OBRIGATÓRIO	
Nº. MassHealth da Criança OBRIGATÓRIO	
Tipo de Seguro MassHealth da Criança: por favor, selecione	Saúde Comum Padrão Privado Outro
Género da Criança: <i>Por favor, Escreva - Masculino ou Feminino</i>	
Endereço Postal	
Cidade, Estado, Código Postal	
Nome do Pai/Mãe/Tutor	
Em Que Língua Prefere Falar Sobre o Seu Filho?*	
Em Que Língua Prefere Receber Material Escrito Sobre os Cuidados do Seu Filho?*	
Números de Telefone dos Pais/Tutores (Móvel/Celular e Alternativo)	
E-mail dos Pais	

*Serviços de Tradução e Intérprete são gratuitos para os participantes.

A criança tem um diagnóstico comprovado por escrito de um Transtorno do Espectro do Autismo, feito por um médico ou psicólogo?

SIM NÃO **NÃO ANEXE REGISTOS MÉDICOS/ QUAISQUER OUTROS DOCUMENTOS NESTE MOMENTO.**

Por favor, indique outras condições médicas, cognitivas ou psiquiátricas relacionadas que afetam o seu filho:

--

Eu (o pai/mãe/tutor da criança acima mencionado) preenchi este formulário de forma precisa e verdadeira, tanto quanto é do meu conhecimento.

Assinatura do Pai/Mãe/Tutor Obrigatória:

Data:

Como Participar no Processo de Solicitação:

APENAS UMA CANDIDATURA POR CRIANÇA — Vários formulários serão descartados. **Envie apenas este formulário para se candidatar** – não enviem mais nada neste momento. Contactá-lo-emos se forem necessárias mais informações.

Submeta o Formulário de Candidatura: Por Correio

- **Todas as Candidaturas devem estar carimbadas pelos correios ou datadas entre 16 de Outubro e 31 de Outubro de 2020**
- Por favor, preencha o formulário com Caneta e **Escreva de Forma Legível**
- Por favor, envie o formulário por correio para: *(A Divisão de Autismo não pode aceitar formulários entregues em mão)*

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

500 Harrison Avenue, Boston, MA 02118

Submeta o Formulário de Candidatura: Por E-mail

- Todas as candidaturas devem ser enviadas por e-mail para AutismDivision@state.ma.us entre **16 de Outubro de 2020 e 31 de Outubro de 2020**
- **Todas as Candidaturas devem ser enviadas diretamente apenas pelos Pais/Tutores**
- O formulário pode ser preenchido eletronicamente ou escrito, preenchido legivelmente com caneta e digitalizado num e-mail
- Os formulários podem ser enviados nos seguintes formatos: PDF (preferível), JPG se claramente visível
 - Se preenchido num smartphone/tablet - descarregar uma aplicação/aplicativo de digitalização gratuita e enviar como um ficheiro PDF.