

# Solicitud de Aplicación Abierta 2020

## El Programa de Exención de Autismo

La División de Autismo del Departamento de Servicios para el Desarrollo  
617-624-7518

**POR FAVOR ESCRIBA EN EL FORMULARIO O CLARAMENTE CON BOLÍGRAFO**

Nombre del Niño(a)	
Fecha de Nacimiento del Niño(a)	
Seguro Social del Niño(a) # <b>REQUERIDO</b>	
MassHealth del Niño # <b>REQUERIDO</b>	
Seguro MassHealth del Niño(a): marque con un círculo	CommonHealth Estándar Privado Otro
Género del Niño(a): <i>Por favor Escribir Masculino o Femenino</i>	
Dirección de Correo Postal	
Ciudad, Estado, Código Postal	
Nombre del Padre/Tutor	
¿En qué idioma preferiría hablar sobre su hijo?*	
¿En qué idioma preferiría recibir Materiales Escritos sobre su hijo?*	
Números Telefónicos del Padre/Tutor (Móvil & Alterno)	
Correo Electrónico del Padre	

\*La traducción y la interpretación son gratuitas para los participantes.

¿Tiene el niño(a) un diagnóstico por escrito verificado de un trastorno del espectro autista de un médico o psicólogo?

 SI NO

**NO ADJUNTE REGISTROS MÉDICOS/NINGÚN OTRO DOCUMENTO EN ESTE MOMENTO.**

Por favor, enumere otras afecciones médicas, cognitivas o psiquiátricas relacionadas que afecten a su hijo:

*Yo (el padre/tutor del niño mencionado arriba) he completado este formulario con precisión y veracidad a lo mejor de mi conocimiento.*

Firma del Padre/Tutor Requerida:

Fecha:

### Cómo Participar en el Proceso de Solicitud:

**SOLO UNA SOLICITUD POR NIÑO**— Se descartarán los formularios múltiples. **Envíe solo este formulario para postularse**, no envíe cualquier otra cosa en este momento. Nos comunicaremos con usted si necesita más información.

### Envíe el formulario de solicitud: por correo

- **Todas las solicitudes deben tener un timbre/sello de fecha entre el 16 de octubre y el 31 de octubre de 2020**
- Por favor, llene el formulario con bolígrafo e **Imprima Claramente**
- Por favor, envíe por correo el formulario a: *(La División de Autismo no puede aceptar formularios entregados a mano)*

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

**500 Harrison Avenue, Boston, MA 02118**

### Envíe el formulario de la aplicación: Por correo electrónico

- Todas las aplicaciones deben ser enviadas por correo electrónico a [AutismDivision@state.ma.us](mailto:AutismDivision@state.ma.us) entre el **16 de Octubre del 2020 – 31 de Octubre del 2020**
- **Todas las aplicaciones deben ser enviadas directamente de parte del Padre/Tutor únicamente**
- El formulario puede completarse electrónicamente o imprimirse, completarse claramente con bolígrafo y escanearse para enviarse por correo electrónico
- El formulario puede enviarse en los siguientes formatos: PDF (preferido), JPG si es claramente visible
  - Si lo completa en un teléfono inteligente/tableta, descargue una aplicación de escáner gratuita y envíelo a través de un archivo PDF