

### *LÜTFEN FORMA KLAVYE VEYA KALEMLE DÜZGÜNCE YAZIN*

**2021 Açık İstek Başvurusu**

**Otizme Bağışıklık Kazandırma Programı**

Gelişimsel Hizmetler Birimi Otizm Bölümü

617-624-7778

|  |  |
| --- | --- |
| Çocuğun İsmi |  |
| Çocuğun Doğum Tarihi |   |
| Çocuğun Sosyal Sigorta Numarası **GEREKLİDİR** |  |
| Çocuğun MassHealth Numarası **GEREKLİDİR** |  |
| Çocuğun MassHealth Sigorta Türü: lütfen daire içine alın  |  CommonHealth Standart Özel Diğer  |
| Çocuğun Cinsiyeti: *Lütfen Yazın - Erkek ya da Kız* |  |
| Posta Adresi  |  |
| Kent, Eyalet, Posta Kodu |  |
| Ana baba/Vasi İsmi |  |
| Çocuğunuz Hakkında Hangi Dilde Konuşmayı Tercih Edersiniz?\* |  |
| Çocuğunuzun Bakımı Hakkındaki Yazılı Malzemeyi Hangi Dilde Almak İstersiniz?\* |  |
| Ana baba/Vasi Telefon Numaraları (Cep ve Başkaca) |  |
| Ana baba E-Postası  |  |

***\*****Katılımcılara çeviri ve sözlü tercüme hizmetleri ücretsizdir.*

**Çocuğun, bir doktor veya psikologdan alınan doğrulanmış ve yazılı bir Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı var mı?** **[ ]  EVET** **[ ]  HAYIR ŞU ANDA HERHANGİ BİR TIBBİ KAYIT VEYA BELGE EKLEMEYİN.**

Lütfen çocuğunuzu etkileyen diğer tıbbi, bilişsel veya psikiyatrik durumları sıralayınız:

*Ben (yukarıda adı geçen çocuğun ana babası/vasisi) bilgilerim elverdiği ölçüde işbu*

*formu gerçeğe uygun ve doğru bir şekilde doldurdum.*

**Ana baba/Vasi İmzası Gereklidir: Tarih:**

**İstek Süreci’ne Nasıl Katılınır:**

***HER ÇOCUK İÇİN SADECE BİR BAŞVURU*—**Çoklu başvuru formları değerlendirilmeyecektir. **Başvuru için sadece bu formu gönderin** – şu anda başka hiçbir şey göndermeyin. Daha fazla bilgi gerektiğinde biz size ulaşırız.

**Başvuru Formu’nu Gönderme: Posta İle**

* **Tüm Başvurularda 15 Ekim ila 30 Ekim 2021 arası tarihleri gösteren Posta Pulu/Tarih Damgası olmalıdır**
* Lütfen formu Tükenmez Kalemle doldurun ve **Okunaklı Yazın**
* Formu lütfen şu adrese gönderin: *(Otizm Bölümü elden teslim edilen formları kabul etmemektedir)*

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

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

**Başvuru Formu’nu Gönderme: E-Posta ile**

* Tüm Başvurular **15 Ekim 2021 ila 30 Ekim 2021** tarihleriarasında **AutismDivision@mass.gov** adresinegönderilmelidir
* **Tüm başvurular sadece doğrudan Ana baba/Vasi tarafından gönderilmelidir**
* Form elektronik olarak doldurulabilir veya yazdırılabilir, bir tükenmez kalemle okunaklı bir şekilde doldurulup bir e-posta olarak taranabilir
* Form aşağıdaki formatlarda gönderilebilir: PDF (tercih edilir), tamamen okunaklı ise JPG
	+ Akıllı telefonda/tablette dolduruyorsanız ücretsiz bir tarama programı indirip bir PDF dosyası olarak gönderin