



OFICINA EJECUTIVA DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE DESARROLLO  
**COMUNIDAD DE MASSACHUSETTS**  
1000 WASHINGTON STREET, BOSTON, MA 02118  
(617) 727-5608

**MAURA T. HEALEY**  
GOBERNADOR

**MARY A. BECKMAN**  
SECRETARIO INTERINO

**KIMBERLEY DRISCOLL**  
VICEGOBERNADOR

**JANE F. RYDER**  
COMISIONADO

Programa de Prevención Residencial DESE/DDS  
**Convocatoria de manifestación de interés**

Estimadas familias,

El Programa de Prevención Residencial DESE/DDS es una colaboración entre el Departamento de Educación Primaria y Secundaria (DESE) y el Departamento de Servicios de Desarrollo (DDS) para estudiantes elegibles para DDS que están en riesgo de una futura colocación residencial.

El programa brinda a los estudiantes y sus familias:

- La oportunidad de tener apoyo en el hogar, incluidos terapeutas de alto nivel y entrenadores de habilidades
- Una agencia de navegación dedicada a identificar y contratar personal
- Desarrollo de habilidades para toda la vida
- Oportunidades para practicar habilidades en el entorno de su hogar y comunidad

Esta Convocatoria de manifestación de interés se ofrece para actualizar la lista de estudiantes y familias interesadas. El Programa de Prevención Residencial DESE/DDS está cerca de su máxima capacidad; sin embargo, se agregan nuevos participantes de la Lista de interesados a medida que hay espacios disponibles.

Es una prioridad del Programa de Prevención Residencial DESE/DDS garantizar que el proceso de solicitud de participación en el programa sea totalmente accesible para todas las familias y niños calificados para los servicios del DDS y que sea inclusivo para la diversidad lingüística y cultural.

Los materiales escritos están disponibles en los siguientes idiomas:

- |                |                    |                |
|----------------|--------------------|----------------|
| • Árabe        | • Criollo haitiano | • Chino        |
| • Cantonés     | • Jemer            | • simplificado |
| • Criollo      | • Nepalí           | • Somalí       |
| • caboverdiano | • Portugués        | • Español      |
| • Inglés       | • (Brasil)         | • Vietnamita   |

El Programa DESE/DDS se ha trasladado a un sistema en línea para recopilar los nombres de los estudiantes interesados en este Programa. Por favor ingrese al envío de intereses en línea [aquí](https://forms.office.com/g/QwihjkQPzy) o a través del siguiente código QR: <https://forms.office.com/g/QwihjkQPzy>

Se puede acceder a las versiones en papel del formulario e imprimirlas desde el sitio web de Mass.gov. Los formularios en papel pueden enviarse por correo o por correo electrónico. Puede encontrar las instrucciones en el formulario. Por favor acceda a las versiones impresas del formulario de interés aquí o a través del siguiente código QR: <https://www.mass.gov/dese-dds-program>

Para obtener más información sobre los servicios a los que puede acceder su hijo, por favor visite su Centro de apoyo familiar local. Puede encontrar una lista actual de centros visitando: <https://www.mass.gov/dds-family-support>

Como recordatorio: expresar interés en el programa no es una garantía de aceptación o inscripción en el mismo, y todos los fondos están sujetos a cambios.



Programa DESE/DDS  
Código QR de Descripción  
y formularios de interés  
abierto en papel



Programa DESE/DDS  
Código QR de envío  
de interés abierto en  
línea



Código QR del Centro de  
Apoyo Familiar

*Expresar interés en el programa no es una garantía de aceptación o inscripción en el mismo, y todos los fondos están sujetos a cambios.*



## Formulario de interés del programa de prevención residencial DESE/DDS

### Departamento de educación primaria y secundaria/Departamento de servicios de desarrollo

Descripción del programa: El programa del Departamento de educación primaria y secundaria/Departamento de servicios de desarrollo (DESE/DDS, por sus siglas en inglés) es un programa integral diseñado para brindar apoyo intensivo en el hogar y la familia a fin de reducir la necesidad de una ubicación residencial restrictiva para los estudiantes. Los estudiantes trabajan en sus hogares con capacitadores de habilidades y otros terapeutas para desarrollar habilidades para toda la vida.

#### COMPLETE SI SU ESTUDIANTE SE ENCUENTRA:

1. Actualmente inscrito en un programa escolar aprobado a través del distrito escolar local
2. Entre las edades de 6 y 21 años
3. Viviendo actualmente en la casa de la familia o del cuidador

#### Escriba las respuestas a máquina o escriba claramente (use tinta azul o negra):

Nombre del estudiante				
Nombre del padre o tutor				
Fecha de nacimiento del estudiante				
Diagnóstico primario del estudiante				
Dirección primaria del estudiante:	Dirección 1:			
	Dirección 2:			
	Ciudad:		Estado: MA	
	Código postal:			
Número telefónico primario del padre o tutor				
Correo electrónico primario del padre o tutor				
¿En qué idioma preferiría hablar sobre su estudiante? *	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Haitiano-Criollo <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Otro:			
¿En qué idioma preferiría recibir materiales escritos sobre la atención de su estudiante? *	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Haitiano-Criollo <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Otro:			
¿A qué escuela asiste actualmente su estudiante? (Seleccione una)	<input type="checkbox"/> Escuela en casa en el hogar del estudiante	<input type="checkbox"/> Escuela pública en la escuela local de su ciudad	<input type="checkbox"/> Escuela fuera del distrito en una escuela colaborativa, terapéutica o de necesidades especiales	<input type="checkbox"/> Otra
¿Es su estudiante actualmente elegible para recibir servicios infantiles del Departamento de servicios de desarrollo (DDS, por su sigla en inglés)? (Seleccione una)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (comuníquese con un centro de apoyo familiar para obtener ayuda con la solicitud)			
¿Con qué género se identifica su estudiante? (Seleccione tantos como necesite su estudiante)	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar			
¿Cuál es la raza/origen étnico de su estudiante? (Seleccione tantos como necesite su estudiante)	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar			

- Completar este formulario es para expresar interés en el programa y no garantiza la aceptación o inscripción
- Si completó un formulario de interés en el pasado y aún está interesado, complete otro formulario
- El formulario debe estar escrito a máquina o escrito con claridad. Si entrega personalmente el formulario, colóquelo en un sobre sellado marcado como **DESE/DDS Interest Form**.
- **Entregue los formularios:** en las Oficinas de Área locales del DDS, Centros de Autismo/Apoyo familiar - **no en la Oficina Central del DDS.**
- **Envíe los formularios por correo a:** DDS-Central Office, Att. DESE/DDS Program, 1000 Washington Street 4<sup>th</sup> Floor, Boston, MA 02118
- **Envíe los formularios por correo electrónico a:** [DESEDDSPROGRAM@MassMail.State.MA.US](mailto:DESEDDSPROGRAM@MassMail.State.MA.US).
- **NO ADJUNTE REGISTROS MÉDICOS/IEP/ NINGÚN OTRO DOCUMENTO EN ESTE MOMENTO. ENVÍE ESTE FORMULARIO ÚNICAMENTE.**

*He completado este formulario con precisión y veracidad a mi leal saber y entender.*

**Firma del padre/madre/tutor:**

**Fecha:**

\*Se ofrece traducción e interpretación sin cargo para los participantes.