



ESCRITÓRIO EXECUTIVO DE SAÚDE E SERVIÇOS HUMANITÁRIOS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS PARA O DESENVOLVIMENTO
ESTADO DE MASSACHUSETTS
1000 WASHINGTON STREET, BOSTON, MA 02118
(617) 727-5608

MAURA T. HEALEY
GOVERNADORA

MARY A. BECKMAN
SECRETÁRIA INTERINA

KIMBERLY DRISCOLL
VICE-GOVERNADORA

JANE F. RYDER
COMISSÁRIA

Programa Domiciliar de Prevenção do DESE/DDS
Aviso de Início do Período de Manifestação de Interesse

Prezadas Famílias,

O Programa Domiciliar de Prevenção do DESE/DDS é uma colaboração entre o Departamento de Ensino Fundamental e Médio (DESE) e o Departamento de Serviços para o Desenvolvimento (DDS) que atende os estudantes elegíveis pelo DDS com risco futuro de colocação residencial.

O programa oferece aos alunos e suas famílias:

- A oportunidade de receber assistência em domicílio, incluindo terapeutas altamente qualificados e instrutores de habilidades
- Uma dedicada agência orientadora para identificar e contratar pessoal
- O desenvolvimento de habilidades por toda a vida
- Oportunidades para praticar as habilidades em casa e na comunidade

O período de Manifestação de Interesse foi aberto para atualizar a lista de estudantes e famílias interessadas. O Programa Domiciliar de Prevenção do DESE/DDS está próximo da lotação máxima; no entanto, novos participantes serão transferidos da Lista de Interessados conforme haja a disponibilização de vagas.

A prioridade do Programa Domiciliar de Prevenção do DESE/DDS é garantir que o processo de solicitação para participação no programa seja inteiramente acessível a todas as famílias e crianças qualificadas para os serviços do DDS e apoie a inclusão da diversidade linguística e cultural.

Os materiais por escrito estão disponíveis nos seguintes idiomas:

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| • Árabe | • Crioulo Haitiano | • Chinês Simplificado |
| • Cantonês | • Khmer | • Somali |
| • Crioulo Cabo-Verdiano | • Nepali | • Espanhol |
| • Inglês | • Português (Brasileiro) | • Vietnamita |

O Programa do DESE/DDS foi inserido em um sistema on-line para coletar dos nomes dos alunos interessados em participar. Por favor, acesse o formulário on-line de manifestação de interesse aqui ou por meio do QR code abaixo: <https://forms.office.com/g/QwihjkQPzy>

É possível acessar e imprimir a versão em papel do formulário na página do Mass.gov. O formulário físico pode ser enviado por correspondência ou e-mail. As instruções estão no próprio documento. Por favor, acesse a versão em papel do Formulário de Manifestação de Interesse aqui ou por meio do QR code abaixo: <https://www.mass.gov/dese-dds-program>

Para mais informações sobre os serviços que seu/sua filho(a) pode acessar, visite o Centro de Apoio à Família mais próximo. É possível encontrar a lista atualizada dos centros no site: <https://www.mass.gov/dds-family-support>

Lembre-se: A manifestação de interesse no programa não garante a admissão ou a matrícula no programa, e todo o financiamento está sujeito a alterações.



QR Code Descrição do Programa do DESE/DDS e Versão em Papel do Formulário de Manifestação de Interesse



QR Code Formulário On-line de Manifestação de Interesse no Programa do DESE/DDS



QR Code Centros de Apoio à Família

A manifestação de interesse no programa não garante a admissão ou a matrícula no programa, e todo o financiamento está sujeito a alterações.



Departamento de Serviços de Desenvolvimento

Formulário de interesse do Programa de prevenção residencial DESE/DDS

Departamento de Educação Primária e Secundária/Departamento de Serviços de Desenvolvimento

Descrição do programa: O Programa DESE/DDS é um programa abrangente projetado para fornecer suporte intensivo ao lar e à família, a fim de reduzir a necessidade de uma colocação residencial restritiva para os alunos. Os alunos trabalham nas próprias casas com Treinadores de habilidades e outros terapeutas para desenvolver habilidades que servirão para toda a vida.

PREENCHA CASO O SEU ALUNO ESTEJA:

1. Atualmente matriculado em um programa escolar aprovado pelo distrito escolar local
2. Entre os 6 e os 21 anos de idade
3. Atualmente morando na casa da família ou cuidador

Digite as respostas ou escreva claramente em letra de forma (use tinta azul ou preta):

Nome do aluno				
Nome do pai/responsável				
Data de nascimento do aluno				
Diagnóstico primário do aluno				
Endereço principal do aluno:	Endereço Linha 1:			
	Endereço Linha 2:			
	Cidade:	Estado: MA		
	Código postal:			
Número de telefone principal dos pais/responsáveis				
Endereço de e-mail principal dos pais/responsáveis				
Em que idioma você prefere falar sobre o seu aluno?*	<input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Crioulo haitiano <input type="checkbox"/> Mandarim <input type="checkbox"/> Outro:			
Em que idioma você prefere receber materiais escritos sobre os cuidados com o seu aluno?*	<input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Crioulo haitiano <input type="checkbox"/> Mandarim <input type="checkbox"/> Outro:			
Onde seu aluno estuda atualmente? (<i>Selecione apenas uma opção</i>)	<input type="checkbox"/> Estuda em casa na casa do aluno	<input type="checkbox"/> Escola pública na escola local da sua cidade	<input type="checkbox"/> Escola fora do distrito em uma escola colaborativa, terapêutica ou para alunos com necessidades especiais	<input type="checkbox"/> Outra opção
Seu aluno é atualmente elegível para os Serviços Infantis DDS? (<i>Selecione apenas uma opção</i>)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (entre em contato com um centro de suporte familiar para obter ajuda na inscrição)			
Com que gênero seu aluno se identifica? (<i>Selecione todos que o seu aluno precisar</i>)	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Não-binário <input type="checkbox"/> Transgênero <input type="checkbox"/> Prefiro não responder			
Qual é a raça/etnia do seu aluno? (<i>Selecione todos que o seu aluno precisar</i>)	<input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra/Afro-americana <input type="checkbox"/> Havaiana/Ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Hispânica/Latinx <input type="checkbox"/> Nativa Americana <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Outra opção: <input type="checkbox"/> Prefiro não responder			

- O preenchimento deste formulário serve para expressar interesse no programa e não garante a aceitação ou inscrição
- Se você já preencheu um Formulário de interesse no passado e ainda está interessado, preencha outro formulário
- O formulário deve ser digitado ou impresso de forma clara. Se for entregar o formulário físico, coloque-o em um envelope lacrado com a etiqueta **DESE/DDS Interest Form**.
- **Entrega dos formulários:** nos escritórios locais da área do DDS, Centros de apoio ao autismo/família - **não no escritório central do DDS**.
- **Formulários enviados pelo correio:** DDS-Escritório Central, Att. DESE/DDS Program, 1000 Washington Street 4th Floor, Boston, MA 02118
- **Formulários enviados por e-mail:** DESEDDSPROGRAM@MassMail.State.MA.US.
- **NÃO ANEXE IEP/RELATÓRIOS MÉDICOS/QUAISQUER OUTROS DOCUMENTOS NESTE MOMENTO. ENVIE APENAS ESTE FORMULÁRIO.**

Preenchi este formulário com precisão e veracidade, de acordo com o meu conhecimento.

Assinatura do pai/responsável:

Data:

*Tradução e interpretação são fornecidas gratuitamente aos participantes.