



卫生与公众服务部执行办公室
发展服务部
马萨诸塞州
1000 WASHINGTON STREET, BOSTON, MA 02118
(617) 727-5608

MAURA T. HEALEY

州长

MARY A. BECKMAN

代理秘书

KIMBERLEY DRISCOLL

副州长

JANE F. RYDER

专员

DESE/DDS 在家干预教育计划

公开意向期通知书

亲爱的家庭：

DESE/DDS 的在家干预教育计划是小学和中学教育部 (DESE) 与发展服务部 (DDS) 的合作计划，该计划针对有可能在未来符合在家干预教育的DDS学生。

该计划为学生及其家庭提供：

- 获得在家干预教育的机会，包括高级治疗师和技能培训人员
- 用来识别和雇佣工作人员的专门导航机构
- 终身技能发展
- 在家庭和社区环境中练习技能的机会

此公开意向期旨在更新感兴趣的学生和家庭名单。 DESE/DDS的在家干预教育名额已接近饱和; 不过，当有空位时，将从意向表中加入新的参与者。

DESE/DDS 的在家干预教育计划的优先考虑事项是确保所有符合DDS服务资格的家庭和儿童都能充分利用该计划的参与申请程序，并包容语言和文化的多样性。

书面文件提供以下语言：

- 阿拉伯语
- 海地克里奥尔语
- 葡萄牙语 (巴西)
- 广东话
- 奥尔语
- 简体中文
- 佛得角克里奥尔语
- 高棉语
- 索马里语
- 英语
- 尼泊尔语
- 西班牙语
- 越南语

DESE/DDS计划已搬到了在线系统，以收集对该计划感兴趣的学生姓名。请在此处或访问下列的二维码提交网上意向表：<https://forms.office.com/g/QwihjkQPzy>

该纸质版表格可在 Mass.gov 网站获取和打印。可以以邮寄或电子邮件方式将纸质版表格发送至表格上的地址。可在表格上找到说明。请在此处或以下的二维码获取纸质版的意向表：
<https://www.mass.gov/dese-dds-program>

如欲获取更多有关您的子女可使用服务的信息，请访问您当地的家庭支持中心。目前的中心名单可访问：
<https://www.mass.gov/dds-family-support>

提醒：对该计划表示兴趣并不能保证被该计划接受或准许加入，所有资助都可能会有所变动。



DESE/DDS 计划说明和
纸质版公开意向表
二维码



网上提交
DESE/DDS 计划
公开意向表
二维码



家庭支持中心
二维码

对该计划表示兴趣并不能保证被该计划接受或准许加入，所有资助都可能会有所变动。



計劃說明： DESE/DDS 計劃是一個綜合計劃，旨在提供高效的居家和家庭支援，以減少學生入住限制性院舍環境的需要。學生在家中與技能培訓師和其他治療師一起學習，以培養終身技能。

如果您的學生符合以下情況，請填妥表格：

1. 目前通過當地學區就讀於獲批准的學校課程
2. 年齡介乎 6 至 21 歲之間
3. 目前與家人同住或住在看護人家中

請輸入答案或以正楷書寫（使用藍色或黑色墨水）：

學生姓名				
家長/監護人姓名				
學生的出生日期				
學生的主要診斷				
學生的主要地址：	地址第一行：			
	地址第二行：			
	鎮/市： 州分： 麻省			
	郵政編碼：			
家長/監護人主要電話號碼				
家長/監護人主要電郵地址	Click or tap here to enter text.			
您比較願意用哪種語言談論學生的情況？*	<input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 西班牙語 <input type="checkbox"/> 葡萄牙語 <input type="checkbox"/> 阿拉伯語 <input type="checkbox"/> 越南語 <input type="checkbox"/> 海地克里奧爾語 <input type="checkbox"/> 普通話 <input type="checkbox"/> 其他：			
您希望以哪種語言接收有關您的學生護理的書面材料？*	<input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 西班牙語 <input type="checkbox"/> 葡萄牙語 <input type="checkbox"/> 阿拉伯語 <input type="checkbox"/> 越南語 <input type="checkbox"/> 海地克里奧爾語 <input type="checkbox"/> 普通話 <input type="checkbox"/> 其他：			
您的學生目前在哪儿上學？（請選擇一個）	<input type="checkbox"/> 在學生家中在家自學	<input type="checkbox"/> 在您鎮上的本地公立學校上課	<input type="checkbox"/> 區外學校 在合作、治療或特殊需要學校	<input type="checkbox"/> 其他
您的學生目前是否有資格獲得 DDS 兒童服務？（請選擇一個）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（請聯絡家庭支援中心尋求援助）			
您的學生認同的性別為何？ （盡可能按學生需要選擇）	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 非二元 <input type="checkbox"/> 跨性別 <input type="checkbox"/> 不願回答			
您學生的種族/民族是甚麼？ （盡可能按學生需要選擇）	<input type="checkbox"/> 亞洲人 <input type="checkbox"/> 黑人/非裔美國人 <input type="checkbox"/> 夏威夷人/太平洋島民 <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 美洲原住民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不願回答			

- 填寫此表格是為了表達對該計劃的興趣，並不保證接受申請或獲得註冊
- 如果您過去曾填寫過一份興趣表，但您仍然有興趣，請填寫另一份表格
- 表格內容必須清晰地書寫或列印。如果投放表格，請將其放入標有 **DESE/DDS 興趣表** 的密封信封中。
- **投放表格地點：**在本地 DDS 地區辦事處、自閉症/家庭支持中心，**而不是在 DDS 中央辦公室。**
- **郵寄表格：**DDS 中央辦公室，註明 DESE/DDS Program, 1000 Washington Street 4th Floor, Boston, MA 02118
- **電郵表格：**DESEDDSPROGRAM@MassMail.State.MA.US
- **此時請勿附上 IEP/醫療記錄/任何其他文件。僅提交此表格。**

據我所知，我已準確、如實填寫此表格。

家長/監護人姓名：

日期：

*參與者可獲免費提供翻譯和口譯服務。