



衛生與公眾服務部執行辦公室

發展服務部

馬薩諸塞州

1000 WASHINGTON STREET, BOSTON, MA 02118

(617) 727-5608

MAURA T. HEALEY

州長

MARY A. BECKMAN

代理秘書

KIMBERLEY DRISCOLL

副州長

JANE F. RYDER

專員

DESE/DDS 在家干預教育計劃

公開意向期通知書

親愛的家庭：

DESE/DDS 的在家干預教育計劃是小學和中學教育部 (DESE) 與發展服務部 (DDS) 的合作計劃，該計劃針對有可能在未來符合在家干預教育的DDS學生。

該計劃為學生及其家庭提供：

- 獲得在家干預教育的機會，包括高級治療師和技能培訓人員
- 用來識別和僱傭工作人員的專門導航機構
- 終身技能發展
- 在家庭和社區環境中練習技能的機會

此公開意向期旨在更新感興趣學生和家庭的名單。DESE/DDS的在家干預教育名額已接近飽和；但是，當有空位時，將從意向表中加入新的參與者。

DESE/DDS 的在家干預教育計劃的優先考慮事項是確保所有符合DDS服務資格的家庭和兒童都能充分利用該計劃的參與申請程序，並包容語言和文化的多樣性。

書面文件提供以下語言：

- 阿拉伯語
- 海地克里奧爾語
- 葡萄牙語 (巴西)
- 廣東話
- 奧爾語
- 簡體中文
- 佛得角克里奧爾語
- 高棉語
- 索馬里語
- 英語
- 尼泊爾語
- 西班牙語
- 越南語

DESE/DDS計劃已搬到了網上系統，以收集對該計劃感興趣的學生姓名。請在此處或訪問下列的二維碼提交網上意向表：<https://forms.office.com/g/QwjhikQPzy>

該紙質版表格可在Mass.gov網站獲取和列印。可以以郵寄或電子郵件方式將紙質版表格發送至表格上的地址。可在表格上找到說明。請在此處或以下的二維碼獲取紙質版的意向表：
<https://www.mass.gov/dese-dds-program>

如欲獲取更多有關您的子女可使用服務的信息，請訪問您當地的家庭支援中心。目前的中心名單可訪問：
<https://www.mass.gov/dds-family-support>

提醒：對該計劃表示興趣並不能保證被該計劃接受或准許加入，所有資助都可能會有變動。



DESE/DDS 計劃說明和
紙質版公開意向表
二維碼



網上提交
DESE/DDS 計劃
公開意向表
二維碼



家庭支援中心
二維碼

對該計劃表示興趣並不能保證被該計劃接受或准許加入，所有資助都可能會有變動。



课程描述: DESE/DDS 课程是一项综合课程,旨在提供强化的家庭和家長支持,以减少对学生的限制性住宿安置的需求。学生在家中与技能培训师和其他治疗师一起学习,以培养终身技能。

如果您的学生属于如下情况,请填写此表:

1. 目前通过当地学区就读于经批准的学校课程
2. 年龄在 6 至 21 岁之间
3. 目前住在家中或看护人家中

请输入回复或清楚打印(使用蓝色或黑色墨水):

学生姓名				
家长/监护人姓名				
学生出生日期				
学生的主要诊断				
学生的主要地址:	地址行 1:			
	地址行 2:			
	城镇/城市:	州: MA		
	邮政编码:			
家长/监护人主要电话号码				
家长/监护人主要电子邮件地址				
您希望用哪种语言来谈论有关您的学生的情况? *	<input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 西班牙语 <input type="checkbox"/> 葡萄牙语 <input type="checkbox"/> 阿拉伯语 <input type="checkbox"/> 越南语 <input type="checkbox"/> 海地-克里奥尔语 <input type="checkbox"/> 普通话 <input type="checkbox"/> 其他:			
您希望以哪种语言接收有关学生护理的书面材料? *	<input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 西班牙语 <input type="checkbox"/> 葡萄牙语 <input type="checkbox"/> 阿拉伯语 <input type="checkbox"/> 越南语 <input type="checkbox"/> 海地-克里奥尔语 <input type="checkbox"/> 普通话 <input type="checkbox"/> 其他:			
您的学生目前在哪儿就读? (选择一项)	<input type="checkbox"/> 家庭教学, 在学生家中接受教育	<input type="checkbox"/> 公立学校教育, 就读于您所在城市的当地学校	<input type="checkbox"/> 在学区学校之外, 就读于合作的治疗或特殊需求学校	<input type="checkbox"/> 其他
您的学生目前是否符合 DDS 儿童服务的条件? (选择一项)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (请联系家庭支持中心以获取申请帮助)			
您的学生认为自己是什么性别? (根据学生的需要选择尽可能多个选项)	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 非二元性别 <input type="checkbox"/> 跨性别 <input type="checkbox"/> 不愿回答			
您的学生的种族/民族是什么? (根据学生的需要选择尽可能多个选项)	<input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 黑人/非裔美国人 <input type="checkbox"/> 夏威夷人/太平洋岛民 <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"/> 不愿回答			

- 填写此表是为了表达对该课程的兴趣,并不保证会被录取或注册
- 如果您过去曾填写过一份兴趣表,但您仍然有兴趣,请另外填写一份兴趣表
- 表格必须清晰地打字输入或打印。如果递交表格,请将其放入密封信封中,并标出 **DESE/DDS 兴趣表**。
- **递交表格:** 在当地 DDS 地区办事处、自闭症/家庭支持中心, **而不是在 DDS 中心办公室**。
- **邮寄表格:** DDS-Central Office, Att.DESE/DDS Program, 1000 Washington Street 4th Floor, Boston, MA 02118
- **通过电子邮件发送表格:** DESEDDSPROGRAM@MassMail.State.MA.US。
- **此时请勿附上 IEP/病历/任何其他文件。仅发送此表格。**

据本人所知,本人已准确、如实填写此表格。

家长/监护人签名:

日期:

*为参与者免费提供翻译和口译服务。