## 發展服務部



**DESE**／**DDS 院舍預防計劃興趣表 2022**

***中小學教育部／發展服務部***

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 | 單擊或點擊此處輸入文本 | | | |
| 家長／監護人姓名 | 單擊或點擊此處輸入文本 | | | |
| 學生的出生日期 | 單擊或點擊此處輸入文本 | | | |
| 學生的主要診斷 | 單擊或點擊此處輸入文本 | | | |
| 學生的主要地址： | 地址第一行： 單擊或點擊此處輸入文本 | | | |
| 地址第二行： 單擊或點擊此處輸入文本 | | | |
| 鎮／市： 單擊或點擊此處輸入文本 州分： 麻省 | | | |
| 郵政編碼： 單擊或點擊此處輸入文本 | | | |
| 家長／監護人主要電話號碼 | 單擊或點擊此處輸入文本 | | | |
| 家長／監護人主要電郵地址 | 單擊或點擊此處輸入文本 | | | |
| 您比較願意用哪種語言談論學生的情況？\* | 英語  西班牙語 ☐ 葡萄牙語  阿拉伯語  越南語  海地克里奧爾語  普通話  其他： 單擊或點擊此處輸入文本 | | | |
| 您希望以哪種語言接收有關您的學生護理的書面材料？\* | 英語  西班牙語 ☐ 葡萄牙語  阿拉伯語  越南語  海地克里奧爾語  普通話  其他： 單擊或點擊此處輸入文本 | | | |
| 您的學生目前在哪裏上學？*（請選擇一個）* | 在學生家中在家自學 | 在您鎮上的本地公立學校上課 | 區外學校  在合作、治療或特殊需要學校 | 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）* | 是  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）* | 女性  男性  非二元  跨性別  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）* | 亞洲人  黑人／非裔美國人  夏威夷人／太平洋島民   西班牙裔／拉丁裔  美洲原住民 白人  其他 單擊或點擊此處輸入文本  不願回答 | | | |

**所有意願表格必須蓋上在 2022 年 3 月 1 日至 2022 年 3 月 31 日之間郵戳**

* 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](mailto: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：** |
| 單擊或點擊此處輸入文本 |

*\*參與者可獲免費提供翻譯和口譯服務。*