## Departamento de Serviços de Desenvolvimento



**Formulário de interesse do Programa de prevenção residencial DESE/DDS 2022**

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

**Todos os Formulários de interesse devem ser carimbados entre 1º de março de 2022 e 31 de março de 2022**

* 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](mailto: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:** |
| clique ou toque aqui para inserir texto |

*\*Tradução e interpretação são fornecidas gratuitamente aos participantes.*