## 发展服务部



**2022年DESE/DDS安置预防课程兴趣表**

***中小学教育部/发展服务部***

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长支持，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 | 单击或点击此处输入文本 | | | |
| 家长/监护人姓名 | 单击或点击此处输入文本 | | | |
| 学生出生日期 | 单击或点击此处输入文本 | | | |
| 学生的主要诊断 | 单击或点击此处输入文本 | | | |
| 学生的主要地址： | 地址行1：单击或点击此处输入文本 | | | |
| 地址行2：单击或点击此处输入文本 | | | |
| 城镇/城市：单击或点击此处输入文本 州：MA | | | |
| 邮政编码：单击或点击此处输入文本 | | | |
| 家长/监护人主要电话号码 | 单击或点击此处输入文本 | | | |
| 家长/监护人主要电子邮件地址 | 单击或点击此处输入文本 | | | |
| 您希望用哪种语言来谈论有关您的学生的情况？\* | 英语  西班牙语  葡萄牙语  阿拉伯语  越南语  海地-克里奥尔语  普通话  其他：单击或点击此处输入文本 | | | |
| 您希望以哪种语言接收有关学生护理的书面材料？\* | 英语  西班牙语  葡萄牙语  阿拉伯语  越南语  海地-克里奥尔语  普通话  其他：单击或点击此处输入文本 | | | |
| 您的学生目前在哪里就读？*（选择一项）* | 家庭教学，在学生家中接受教育 | 公立学校教育，就读于您所在城市的当地学校 | 在学区学校之外，  就读于合作的治疗或特殊需求学校 | 其他 |
| 您的学生目前是否符合DDS儿童服务的条件？*（选择一项）* | 是  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）* | 女性  男性  非二元性别  跨性别  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）* | 亚裔  黑人/非裔美国人  夏威夷人/太平洋岛民  西班牙裔/拉丁裔  美洲原住民  白人  其他：单击或点击此处输入文本  不愿回答 | | | |

**所有兴趣表的邮寄时间必须在2022年3月1日至2022年3月31日之间**

* 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](mailto: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：** |
| 单击或点击此处输入文本 |

*\*为参与者免费提供翻译和口译服务。*