## Departamento de servicios de desarrollo



**Formulario de interés del programa de prevención residencial DESE/DDS 2022**

***Departamento de educación primaria y secundaria/Departamento de servicios de desarrollo***

Descripción del programa: El programa del Departamento de educación primaria y secundaria/Departamento de servicios de desarrollo (DESE/DDS, por sus siglas en inglés) es un programa integral diseñado para brindar apoyo intensivo en el hogar y la familia a fin de reducir la necesidad de una ubicación residencial restrictiva para los estudiantes. Los estudiantes trabajan en sus hogares con capacitadores de habilidades y otros terapeutas para desarrollar habilidades para toda la vida.

**COMPLETE SI SU ESTUDIANTE SE ENCUENTRA:**

1. Actualmente inscrito en un programa escolar aprobado a través del distrito escolar local
2. Entre las edades de 6 y 21 años
3. Viviendo actualmente en la casa de la familia o del cuidador

**Escriba las respuestas a máquina o escriba claramente (use tinta azul o negra):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del estudiante | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | | | |
| Nombre del padre o tutor | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | | | |
| Fecha de nacimiento del estudiante | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | | | |
| Diagnóstico primario del estudiante | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | | | |
| Dirección primaria del estudiante: | Dirección 1: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | | | |
| Dirección 2: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | | | |
| Ciudad: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. Estado: MA | | | |
| Código postal: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | | | |
| Número telefónico primario del padre o tutor | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | | | |
| Correo electrónico primario del padre o tutor | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | | | |
| ¿En qué idioma preferiría hablar sobre su estudiante? \* | Inglés  Español  Portugués  Árabe  Vietnamita  Haitiano-Criollo  Mandarín  Otro: | | | |
| ¿En qué idioma preferiría recibir materiales escritos sobre la atención de su estudiante? \* | Inglés  Español  Portugués  Árabe  Vietnamita  Haitiano-Criollo  Mandarín  Otro: | | | |
| ¿A qué escuela asiste actualmente su estudiante? *(Seleccione una)* | Escuela en casa en el hogar del estudiante | Escuela pública en la escuela local de su ciudad | Escuela fuera del distrito  en una escuela colaborativa, terapéutica o de necesidades especiales | Otra |
| ¿Es su estudiante actualmente elegible para recibir servicios infantiles del Departamento de servicios de desarrollo (DDS, por su sigla en inglés)? *(Seleccione una)* | Sí  No (comuníquese con un centro de apoyo familiar para obtener ayuda con la solicitud) | | | |
| ¿Con qué género se identifica su estudiante?  *(Seleccione tantos como necesite su estudiante)* | Femenino  Masculino  No binario  Transgénero  Prefiero no contestar | | | |
| ¿Cuál es la raza/origen étnico de su estudiante?  *(Seleccione tantos como necesite su estudiante)* | Asiático  Negro/Afroamericano  Hawaiano/Isleño del Pacífico  Hispano/Latino  Nativo Americano  Blanco  Otro: Haga clic o toque aquí para ingresar texto  Prefiero no contestar | | | |

**Todos los formularios de interés deben contar con sello de correos entre el 1 de marzo de 2022 y el 31 de marzo de 2022**

* Completar este formulario es para expresar interés en el programa y no garantiza la aceptación o inscripción
* Si completó un formulario de interés en el pasado y aún está interesado, complete otro formulario
* El formulario debe estar escrito a máquina o escrito con claridad. Si entrega personalmente el formulario, colóquelo en un sobre sellado marcado como **DESE/DDS Interest Form**.
* **Entregue los formularios:** en las Oficinas de Área locales del DDS, Centros de Autismo/Apoyo familiar - ***no en la Oficina Central del DDS*.**
* **Envíe los formularios por correo a:** DDS-Central Office, Att. DESE/DDS Program, 1000 Washington Street 4th Floor, Boston, MA 02118
* **Envíe los formularios por correo electrónico a:** [DESEDDSPROGRAM@MassMail.State.MA.US](mailto:DESEDDSPROGRAM@MassMail.State.MA.US).
* **NO ADJUNTE REGISTROS MÉDICOS/IEP/ NINGÚN OTRO DOCUMENTO EN ESTE MOMENTO. ENVÍE ESTE FORMULARIO ÚNICAMENTE.**

***He completado este formulario con precisión y veracidad a mi leal saber y entender.***

|  |
| --- |
| **Firma del padre/madre/tutor: Fecha:** |
| Haga clic o toque aquí para ingresar texto |

*\*Se ofrece traducción e interpretación sin cargo para los participantes.*