Solicitud de Aplicación Abierta 2022

El Programa de Exención de Autismo

La División de Autismo del Departamento de Servicios para el Desarrollo

617-624-7778

POR FAVOR ESCRIBA EN EL FORMULARIO O CLARAMENTE CON BOLÍGRAFO

Nombre del Niño(a)	
Fecha de Nacimiento del Niño(a)	
Seguro Social del Niño(a) # **REQUERIDO**	
MassHealth del Niño **# REQUERIDO**	
Seguro MassHealth del Niño(a): marque con un círculo	CommonHealth Estándar Privado Otro
Género del Niño(a): *Por favor Escribir Masculino o Femenino*	
Dirección de Correo Postal	
Ciudad, Estado, Código Postal	
Nombre del Padre/Tutor	
¿En qué idioma preferiría hablar sobre su hijo?*	
¿En qué idioma preferiría recibir Materiales Escritos sobre su hijo?*	
Números Telefónicos del Padre/Tutor (Móvil & Alterno)	
Correo Electrónico del Padre	

**La traducción y la interpretación son gratuitas para los participantes.*

¿Tiene el niño(a) un diagnóstico por escrito verificado de un trastorno del espectro autista de un médico o psicólogo?

☐ **SI** ☐ **NO** **NO ADJUNTE REGISTROS MÉDICOS/NINGÚN OTRO DOCUMENTO EN ESTE MOMENTO.**

Por favor, enumere otras afecciones médicas, cognitivas o psiquiátricas relacionadas que afecten a su hijo:

Yo (el padre/tutor del niño mencionado arriba) he completado este formulario con precisión y veracidad a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Padre/Tutor Requerida: **Fecha:**

Cómo Participar en el Proceso de Solicitud:

SOLO UNA SOLICITUD POR NIÑO— Se descartarán los formularios múltiples. **Envíe solo este formulario para postularse**, no envíe cualquier otra cosa en este momento. Nos comunicaremos con usted si necesita más información.

Envíe el formulario de solicitud: por correo

- **Todas las solicitudes deben tener un timbre/sello de fecha entre el 14 de octubre y el 31 de octubre de 2022**
- Por favor, llene el formulario con bolígrafo e **Imprima Claramente**
- Por favor, envíe por correo el formulario a*: (La División de Autismo no puede aceptar formularios entregados a mano)*

AUTISM DIVISION of DDS, Att. Autism Waiver Program Open Interest Form

1000 Washington Street, Boston, MA 02118

Envíe el formulario de la aplicación: Por correo electrónico

- Todas las aplicaciones deben ser enviadas por correo electrónico a **AutismDivision@state.ma.us** entre el **14 de Octubre del 2022 – 31 de Octubre del 2022**
- **Todas las aplicaciones deben ser enviadas directamente de parte del Padre/Tutor únicamente**
- El formulario puede completarse electrónicamente o imprimirse, completarse claramente con bolígrafo y escanearse para enviarse por correo electrónico
- El formulario puede enviarse en los siguientes formatos: PDF (preferido), JPG si es claramente visible
  - Si lo completa en un teléfono inteligente/tableta, descargue una aplicación de escáner gratuita y envíelo a través de un archivo PDF