Formulário de Requerimento de Inscrição 2019
Programa de Autorização de Verba Para Autismo
Divisão de Autismo do Departamento de Serviços Desenvolvimentais

FAVOR DATILOGRAFAR OU ESCREVER EM LETRA DE FORMA E À TINTA COM CLAREZA

Nome da Criança	
Data de Nascimento da Criança	
N° do Seguro Social da Criança **OBRIGATÓRIO**	
N° de MassHealth da Criança	
Tipo de Seguro Médico-Hospitalar da Criança: *(Standard, Premium Assistance, CommonHealth, etc.)*	
Sexo da Criança: Favor Escrever – Masculino ou Feminino	
Endereço para Correspondência:	
Cidade, CEP	
Nome do Pai/Mãe/Guardião	
Em qual idioma você prefere conversar sobre seu filho(a)?*	
Em qual idioma você prefere receber materiais escritos sobre os cuidados de seu filho(a)?*	
Telefones do Pai/Mãe (Celular e Alternativo)	
E-Mail do Pai/Mãe	

*** Traduções e interpretações são oferecidas gratuitamente aos participantes.**

Você precisará de um diagnóstico por escrito de Distúrbio do Espectro Autista emitido por um médico ou psicólogo.

A criança possui um diagnóstico verificado de um Distúrbio do Espectro Autista? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

☐ Favor listar outras condições médicas, cognitivas ou psiquiátricas relacionadas que afetam o seu filho(a):

Eu (pai/mãe/guardião da criança mencionada acima) preenchi esse formulário correta e honestamente e até o limite do meu conhecimento.

Assinatura do Pai/Mãe/Guardião - Obrigatório: **Data:**

Como Participar do Processo de Elegibilidade:

SOMENTE UMA INSCRIÇÃO POR CRIANÇA – Formulários Múltiplos Serão Descartados

Envie o Formulário de Inscrição: Pelo Correio

- **Todas as Inscrições devem conter o Carimbo do Correio com a Data Estampada entre 17 de outubro de 2019 e 31 de outubro de 2019.**
- Favor preencher o formulário a Tinta e em **Letra de Forma com Clareza**.
- Favor Enviar o Formulário pelo Correio *(A Divisão de Autismo não pode aceitar formulários entregues em mãos)* para:

AUTISM DIVISION of DDS, Att. Autism Waiver Program Open Enrollment
500 Harrison Avenue, Boston, MA 02118

Envie o Formulário de Inscrição: Por Email

- Todas as Inscrições devem ser enviadas por email para **AutismDivision@state.ma.us**
- **Todas as Inscrições devem ser enviadas diretamente dos Pais/Responsáveis Somente.**
- Todas as Inscrições devem ser enviadas por email entre **17 de outubro de 2019 e 31 de outubro de 2019.**
- O formulário pode ser completado eletronicamente ou impresso, preenchido com clareza à tinta e escaneado em anexo em um email.
- Os Formulários anexos podem ser enviados nos seguintes formatos: PDF (de preferência), JPG se for visto com clareza
  - Se preenchido em *smartfone* ou *tablet,* baixe um aplicativo de scanner grátis e envie através de um arquivo PDF.