



እባክዎ በቅጹ ላይ ይፃፉ ወይም በግልጽ በሚታይ መልኩ በስክሪን ላይ ይፃፉ

የህፃኑ ስም	
የህፃኑ የትውልድ ቀን	
የህፃኑ የማህበራዊ ዋስትና# ያስፈልጋል	
የህፃኑ የጠቅላላ ጤና# ያስፈልጋል	
የህፃኑ የመድን ዋስትና አይነት: (መደበኛ፣ የአረብን ድጋፍ፣ መደበኛ የጤና፣ ወዘተ)	
የህፃኑ ጾታ: እባክዎ ወንድ ወይም ሴት ብለው ይጻፉ	
የመልእክት አድራሻ:	
ከተማ፣ ክፍለ ግዛት፣ ዚፕኮድ	
የወላጅ/አሳዳጊ ስም	
ስለልጅዎ መነጋገር የሚፈልጉት በምን ቋንቋ ነው?*	
ስለልጅዎ የጤና እንክብካቤ በጽሁፍ የሚሰጡ መረጃዎች ማግኘት የማይቻሉት በምን ቋንቋ ነው?*	
የወላጅ ስልክ ቁጥር (ሞባይል እና ተለዋጭ)	
የወላጅ የኢሜይል አድራሻ	

*ለተሳታፊዎች የትርጉም እና የማስተርጎም አገልግሎቶች የሚሰጡት በነጻ ነው።

ለኦቲዝም ጠቅላላ በሽታ ከደክተር ወይም የሥነልቦና ባለሙያ ህክምና ማግኘት

ያስፈልግዎታል ህጻኑ ለኦቲዝም ጠቅላላ በሽታ የተረጋገጠ ህክምና አግኝቷል? አዎ

አላገኘም

እባክዎ በህጻኑ ጤና ላይ ተጽእኖ የፈጠሩ ሌሎች ተያያዥ የሆኑ ህክምና፣ የአእምሮ ወይም የስነልቦና ሁኔታዎችን ይዘርዝሩ:

እኔ (ስሙ ከላይ የተገለጸው ህጻን ወላጅ/አሳዳጊ) እኔ እስከማውቀው ድረስ በትክክል እና በእውነት የሞላሁ መሆኑን አረጋግጣለሁ።

የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ ያስፈልጋል

ቀን:

በጥያቄ ላይ ተሞልተው የሚቻለው እንዴት ነው:

በአንድ ህጻን አንድ አመልካች ብቻ—የተለያዩ ቅጾች ተቀባይነት አይኖራቸውም

የማመልከቻ ቅጹን በኢሜይል ለመላክ:-

- ሁሉም የማመልከቻዎች ከኦክቶበር 17፣ 2018- ኦክቶበር 31፣ 2018 የሚል የፖስታ ምልክት/የቀን ማሕተም መያዝ አለባቸው
- እባክዎ ቅጹን በእስክሪን ላይ ሞልተው በሚታይ መልኩ ፕሪንት ያድርጉ
- ቅጹን ለ: (የኦቲዝም ክፍል በእጅ የሚቀርቡ ቅጾችን መቀበል አይችልም)

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

የማመልከቻ ቅጹን በኢሜይል ያቅርቡ

- ሁሉም የማመልከቻዎች በ AutismDivision@state.ma.us ኢሜይል መደረግ አለባቸው
- ሁሉም የማመልከቻዎች ከኦክቶበር 17፣ 2018- ኦክቶበር 31፣ 2018 በኢሜይል መላክ አለባቸው
- ሁሉም የማመልከቻዎች በወላጅ/አሳዳጊ ብቻ መላክ አለባቸው

- ቅጹ በኤሌክትሮኒክስ ወይም ህትመት ወይም በእስክሪፕት በግልጽ ሊታይ በሚችል መልኩ ተሞልቶና ስካንተደርጎ በኢሜይል ሊላክ ይችላል።
- አባሪ የሚደረጉ ቅጾች በሚከተሉት ፎርማቶች ሊላኩ ይችላሉ፡ PDF (ይመረጣል)፣ JPG በግልጽ የሚታይ ከሆነ
 - ቅጹ የሚሞላው በስማርት ስልክ/ታብሌት ከሆነ ፍሪስክነአፕሊኬሽን ዳውንሎድ በማድረግ በPDF ፋይል ይላኩ።

Amharic: Application Renewal Request Form AWP OE 2017 (17014-2)