



Formulario de Solicitud 2018 Programa de Exención de Autismo

División de Autismo del Departamento de Servicios de Desarrollo

Por favor, llénelo a maquina o escriba en letra de molde con un bolígrafo que se pueda leer claramente

| | |
|---|--|
| Nombre del Niño | |
| Fecha de Nacimiento del Niño | |
| Número del Seguro Social del Niño. OBLIGATORIO | |
| Número del MassHealth del Niño | |
| Tipo de Seguro del Niño: (Standard, Premium Assistance, CommonHealth, etc.) | |
| Sexo del niño: Por favor escriba – Masculino o Femenino | |
| Dirección Postal: | |
| Ciudad, Código Postal | |
| Nombre del Padre/guardián | |
| ¿En qué idioma usted prefiere hablar de su niño?* | |
| ¿En qué idioma usted prefiere recibir los materiales escritos acerca del cuidado de su niño?* | |
| Números de Teléfono del Padre (Celular y alternativo) | |
| Dirección de Correo Electrónico del Padre | |

*** Las traducciones e interpretaciones son gratis para los participantes.**

Usted necesitará un diagnóstico por escrito de un Desorden del Espectro de Autismo por un doctor o psicólogo.

¿Tiene el niño un diagnóstico verificado de un Desorden del Espectro de Autismo? Sí No

Por favor, indique otras condiciones médicas, cognoscitivas o psiquiátricas relacionadas que afectan a su niño:

Yo (el padre/guardián del niño antes mencionado) he llenado este formulario con exactitud y he contestado la verdad según me mejor entender

Se requiere la firma del padre/guardián:

Fecha:

Cómo participar en el proceso de elegibilidad:

SOLO UNA SOLICITUD POR NIÑO—Se descartarán las solicitudes múltiples

Envíe el formulario de solicitud: por correo

- **Todas las solicitudes tienen que tener un matasellos que esté fechado entre el 17 de octubre de 2018 y el 31 de octubre de 2018.**
- Por favor, llene el formulario con bolígrafo y escriba en **letra de molde que se pueda leer claramente.**
- Por favor, envíe por correo el formulario a: *(La División de Autismo no acepta formularios entregados a mano)*
AUTISM DIVISION of DDS, Att. Autism Waiver Program Open Enrollment
500 Harrison Avenue, Boston, MA 02118

Envíe el formulario de solicitud: por correo electrónico

- Todas las solicitudes tienen que enviarse a: AutismDivision@state.ma.us
- **Todas las solicitudes tienen que enviarse por correo electrónico entre el 17 de octubre de 2018 y el 31 de octubre de 2018.**
- **Todas las solicitudes tiene que enviarlas directa y solamente el padre/guardián.**
- El formulario puede llenarse electrónicamente o a mano, debe llenarse claramente en bolígrafo y escanearlo en un correo electrónico.
- Los formularios que estén en un documento adjunto pueden enviarse en los siguientes formatos: en PDF (preferiblemente) o en JPG, si puede leerse claramente.
 - Si llena el formulario en un teléfono inteligente/una tableta -baje una aplicación gratuita para escanearlo y envíelo en un documento PDF.