



2017 Senesi Başvurusu İstek Formu (Application Request Form 2018)
Massachusetts Eyaleti Otizm Muafiyet Programı (The Autism Waiver Program)

Gelişimsel Hizmetler Ofisi, Otizm İşleri Dairesi
(Autism Division of the Department of Developmental Services)

**BU FORMU BİLGİSAYARDAN KLAVYİYİ KULLANARAK VEYA
GÜZEL OKUNABİLECEK ŞEKİLDE ELLE TÜKENMEZ KALEM İLE DOLDURUNUZ**

Çocuğun ismi	
Çocuğun doğum tarihi	
Çocuğun sosyal güvenlik no.su MUTLAKA DOLDURUNUZ	
Çocuğun MassHealth sigorta no.su	
Çocuğun sağlık sigortasının türü (Standard, Premium Assistance, CommonHealth, vb.)	
Çocuğun cinsiyeti – Lütfen Doldurunuz: Erkek veya Kız	
Posta adresiniz	
İl, eyalet, zip kodu	
Velinin/vasinin ismi	
Çocuğunuz ile ilgili konuları hangi dilde görüşmeyi tercih edersiniz?*	
Çocuğunuzun tedavisi hakkında size gelen yazılı bilgilerin hangi dilde yazılı olmasını tercih edersiniz?*	
Velinin telefon numaraları (Cep telefonu ve alternatif ikinci telefon numarası)	
Velinin e-posta adresi	

*Yazılı ve sözlü tercüme hizmetleri için katılımcılardan ücret talep edilmez.

Doktor veya psikoloğtan otizm spektrum bozukluğu (Autism Spectrum Disorder) yazılı tanısı şarttır.

Çocuğunuzun doğrulanmış otizm spektrum bozukluğu tanısı var mı? EVET HAYIR

Bu durumla alakalı, çocuğunuzu etkileyen diğer tıbbi, zihinsel gelişme veya psikiyatrik sorunları belirtiniz.

(Yukarıda ismi belirtilen çocuğun velisi/vasisi olarak), bu formu, bildiklerime dayanarak, doğru, eksiksiz ve tam olarak doldurduğumu beyan ederim.

Vel i /v asi ni n im z as ı ş ar tt ır :

Tarih:

Programa katılmak için talep işlemlerine nasıl başvurabilirim:

ÇOCUK BAŞINA SADECE BİR FORM DOLDURUNUZ—Birden fazla form gönderilmesi halinde, hiç biri değerlendirilmeyecektir.

Başvuru formunu gönderiniz: Posta yoluyla

- Başvuruların 17-31 Ekim 2018 arasında postaya verilmesi ve belirtilen bu günlerin posta tarihi damgasını taşıması şarttır.
- Formu lütfen tükenmez kalemle ve açıkça okunacak şekilde güzel doldurunuz.
- Formu bu adrese postalayın: (Otizm İşleri Dairesi elden verilen formları kabul edememektedir)

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

Başvuru formunu gönderiniz: E-posta yoluyla

- Başvurular AutismDivision@state.ma.us adresine elektronik posta yoluyla gönderilmelidir.
- Başvuruların 17 Ekim-31 Ekim 2018 tarihleri arasında yapılması şarttır.
- **Bütün başvurular doğrudan, sadece veli/vasi tarafından yapılmalıdır.**
- Formu elektronik olarak doldurulabileceğiniz gibi, yazıcıdan basıp, tükenmez kalemle doldurup, taracı vasıtasıyla tarayıp, e-postayla da gönderebilirsiniz.
- İlişikteki formları ilk tercihimiz olarak, PDF formatında veya çok net okunabiliyorsa, JPG olarak da gönderebilirsiniz.
 - Akıllı telefon/tablet üzerinden dolduruyorsanız, ücretsiz tarayıcı uygulaması (scanner app) yükleyin ve PDF dosyası olarak gönderin.