



እባክዎ በቅጹ ላይ ይጻፉ ወይም በግልጽ በሚታይ መልኩ በስክሪፕቶች ይጻፉ

| | |
|-----------------------------------------------------------|--|
| የህፃኑ ስም | |
| የህፃኑ የ ትውልድ 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 የሚፈልጉት በምን ቋንቋ ነው?* | |
| የወላጅ ስልክ ቁጥር (ሞባይል እና ተለዋጭ) | |
| የወላጅ የኢሜይል አድራሻ | |

*ለተሳታፊዎች የትርጉም እና የማስተርጓሚ አገልግሎቶች የሚሰጡት በነጻ ነው። ለአቲዝም ጠቅላላ

በሽታ ከድክተር ወይም የሥነልቦና ባለሙያ ህክምና ማግኘት ያስፈልግዎታል ህፃኑ ለአቲዝም ጠቅላላ

በሽታ የተረጋገጠ ህክምና አግኝቷል? አዎ አላገኘም

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

እኔ (ስሙ ከላይ የተገለፀው ህፃን ወላጅ/አሳዳጊ) እኔ እስከማውቀው ድረስ በትክክል እና በእውነት የሞላሁ መሆኑን አረጋግጣለሁ.

| | |
|----------------------|-----|
| የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ ያስፈልጋል | ቀን: |
|----------------------|-----|

በጥያቄ ሂደቱ ላይ መሳተፍ የሚቻለው እንዴት ነው:

በአንድ ህፃን አንድ አመልካች ብቻ—የተለያዩ ቅጾች ተቀባይነት አይኖራቸውም

የማመልከቻ ቅጹን በኢሜይል ለመላክ:-

- ሁሉም ማመልከቻዎች ከአክቶበር 17፣ 2017- አክቶበር 31፣ 2017 የሚል የፖስታ ምልክት/የቀን ማሕተም መያዝ አለባቸው
- እባክዎ ቅጹን በእስክሪፕቶ ሞልተው በሚታይ መልኩ ፕሪንት ያድርጉ
- ቅጹን ለ: (የአቲዝም 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 ማመልከቻዎች በ AutismDivision@state.ma.us ኢሜይል መደረግ አለባቸው
- ሁሉም ማመልከቻዎች ከአክቶበር 17፣ 2017- አክቶበር 31፣ 2017 በኢሜል መላክ አለባቸው
- ሁሉም ማመልከቻዎች በወላጅ/አሳዳጊ ብቻ መላክ አለባቸው
- ቅጹ በኤሌክትሮኒክስ ወይም ህትመት ወይም በእስክሪፕቶ በግልጽ ሊታይ በሚችል መልኩ ተሞልቶና ሰካንተደርጎ በኢሜይል ሊላክ ይችላል።
- አባሪ የሚደረጉ ቅጾች በሚከተሉት ፎርማቶች ሊላኩ ይችላሉ: PDF (ይመረጣል)፣ JPG በግልጽ የሚታይ ከሆነ
 - ቅጹ የሚሞላው በስማርት ስልክ/ታብሌት ከሆነ ፍሪስክነክፕሊኬሽን ዳውንሎድ በማድረግ በPDF ፋይል ይላኩ።