



請在表格上打字或以原子筆或鋼筆清晰地填寫

兒童姓名	
兒童的出生日期	
兒童的社會安全號碼# (必須填寫)	
兒童的麻州醫療補助(MassHealth) 號碼#	
兒童的保險類別: (Standard, Premium Assistance, CommonHealth 等)	
兒童的性別: 請填寫 – 男 或 女	
郵寄地址	
城市, 郵政區號	
父/母/監護人姓名	
您喜歡使用哪種語言來談及您孩子的事情? *h	
您喜歡收到以哪種語言書寫的, 有關照顧您孩子的資料? *	
父/母電話號碼 (手機 及 備用號)	
父/母電郵地址	

*Translation and Interpretation are free of charge to participants. 筆譯和口譯均免費提供給參與者

你需要具備一份由醫生或心理學家所提供的自閉症障礙症候群(Autism Spectrum Disorder)書面診斷書

該名兒童是否被確實診斷患上自閉障礙症候群 (Autism Spectrum Disorder)? 是 否

請列出其他影響你孩子的相關醫療、認知或精神狀況:

本人 (上述兒童的父母/監護人) 已按本人所知, 準確地和如實地填妥此表格

父/ 母/ 監護人簽名

日期:

怎樣參與遴選程序: _____

只可為每名兒童遞交一份申請表 -- 遞交多份申請表將不被受理

以郵寄方式遞交申請表:

- 所有申請表的郵戳日期必須介於 2017 年 10 月 17 日至 2017 年 10 月 31 日期間
- 請用鋼筆或原子筆清晰地書寫
- 請把申請表郵寄至: (自閉症部無法接受以人手遞交的表格)

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

以電郵方式遞交申請表:

- 所有申請表必須電郵至 AutismDivision@state.ma.us
- 所有申請表的電郵日期必須為 2017 年 10 月 17 日至 2017 年 10 月 31 日期間
- 所有申請表只能由父/ 母 / 監護人直接發送
- 表格可以電子方式填寫, 或經打印後以鋼筆或原子筆清晰填寫, 再把填妥的表格掃描, 附在電郵內
- 表格可用下列格式附在電郵內: PDF (首選), JPG (如果清晰可見)
 - 如使用智能手機 / 平板電腦填寫, 請下載免費的掃描儀應用程式, 並以PDF 格式文件傳送