



Formulaire de Demande d'Inscription 2017 Programme d'Autorisation spéciale pour Autistes

Service pour Autistes, Département d'Aide au Développement (DDS)

VEUILLEZ TAPER LES INFORMATIONS OU LES ÉCRIRE LISIBLEMENT À L'ENCRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Nom de l'enfant	
Date de naissance de l'enfant	
Numéro de Sécurité sociale de l'enfant - REQUIS	
Numéro MassHealth de l'enfant	
Type d'assurance : (Standard, Premium Assistance, CommonHealth, etc.)	
Sexe de l'enfant : masculin ou féminin	
Adresse postale	
Ville, Code postal	
Nom du parent / tuteur	
Quelle est votre langue préférée pour parler de votre enfant ?*	
Dans quelle langue préférez-vous recevoir la documentation écrite au sujet des soins reçus par votre enfant ?*	
Numéro de téléphone d'un des parents (portable et autre)	
Adresse courriel d'un des parents	

*Des services de traduction et d'interprétariat sont offerts gratuitement aux participants.

Vous devez pouvoir présenter un diagnostic écrit d'un médecin ou d'un psychologue au sujet des troubles du spectre autistique.

L'enfant a-t-il un diagnostic avéré de troubles du spectre autistique ? OUI NON

Veuillez indiquer tous autres troubles de nature médicale, cognitive ou psychiatrique dont souffre votre enfant :

Je soussigné(e), parent/tuteur de l'enfant susnommé, déclare avoir fourni des informations exactes et vraies, pour autant que je sache, en remplissant ce formulaire.

Signature du parent/tuteur (requis) :

Date :

Comment participer au processus de qualification :

SEULEMENT UNE DEMANDE PAR ENFANT – Toute demande multiple sera rejetée.

Soumission du Formulaire de Demande d'Inscription par courrier régulier :

- Toute demande d'inscription doit être marquée d'un cachet de la poste daté du 17 au 31 octobre 2017.
- Veuillez remplir le formulaire de demande à l'encre et écrire lisiblement en caractères d'imprimerie.
- Merci d'expédier le formulaire à l'adresse ci-dessous (le Service pour Autistes ne pourra pas accepter des formulaires envoyés par porteur):

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

Soumission du Formulaire de Demande d'Inscription par courrier électronique :

- Toute demande d'inscription doit être adressée à AutismDivision@state.ma.us.
- La demande d'inscription doit être expédiée entre le 17 et le 31 octobre 2017.
- La demande d'inscription doit être expédiée personnellement par un parent ou tuteur.
- Le formulaire d'inscription peut être rempli électroniquement ou écrit à l'encre en caractères d'imprimerie, puis converti en format électronique par un scanner pour être expédié par courriel.
 - Les formulaires expédiés en annexe peuvent l'être dans l'un des formats suivants : PDF (de préférence) ou JPG à condition d'être tout à fait lisibles.
 - Pour l'expédition par téléphone cellulaire multifonctions (smartphone) ou par tablette, télécharger sans frais l'application scanner et expédier en format PDF.