

કષ્ટ કરી ડાં ડિવિઝન કરો અથવા લખીને સ્પષ્ટ રીતે પ્રતિ કરો

ફોર્મ

મ

બાળકનું નામ	
બાળકની જન્મ તારીખ	
બાળકની સર્જ સરક્ષા # આશિષ્યક	
બાળકનું રાસહલેલ્થ #	
બાળકનો ડિવિઝન પ્રકાર: (સંક્રમણ, બાળકની જાવત: કૃપા કરી જણાવો - પરષ કે સુરી	
રેલ રોકલડિવિઝન સરનારું	
શહેર, રાજ્ય, વપન કોડ	
રાતા-વપતા/ડિવિઝનનું નામ	
તરે તરારા બાળક વહીવટી ડિવિઝન રાવિ	
તરારા બાળકના સભાગ વહીવટી વલખત સાર્ગી કઈ ભાષારાં રેલડિવિઝન તરે	
રાતા-વપતાના ફોન નંબર (રેલબાઇલ અને	
રાતા-વપતાના ઈરેલ	

*અનડિવિઝન અને અથમઘનિન સહભાગીઓ રાવિ વહીવટી રૂલ્ય છે.

તરને એક ડોકરિ અથવા એક ઓટોઝરુ સ્કે રુ ટસઓડરના કોઈ લખત વનદાનની જરુ રુવિખાની ડિવિઝન આપલે પડશે

શં બાળક પાસે એક ઓટોઝરુ સ્પેક્ટરુ ટસઓડરનું કોઈ ચકાસાયેલ વનદાન છે? હા ના

કૃપા કરી તરારા બાળક પર અસર કરતી અન્ય સંબંધિત તબીબી, જાનાતરુક અથવા રાનવસકવથવતઓ સૂચવઢકરો.

રેં (ઉપર જણાવેલ બાળકનો વપતુ/ડિવિઝન) આ ફોર્મ રારી જાણકારી રજી

બ મક અને પ્રરુવણકપણે પૂણમ ચોકસાઈ કયો છે. પહિ

માતા-પિતા/વાલીની સહી જરુ :

તારીખ :

વહિવટી ડિવિઝન રીતે સહભાગી થવિં

પ્રતિયારુ

ડાં કહિ

બાળક ઈઠ રાર એક અરજી-બહવિવિ ડોરુમ કાઢી નાખવિારાં આશિષે

અરજી ફોર્મ ડિવિઝન

સબવરુકિ કરો:

રલે

- બહિવટી અરજીઓ પર 17રી ઓક્ટોબર, 2017 - 31રી ઓક્ટોબર, 2017 ડિવિઝન એક પોસ્ટિરુકમ



આરબીપ સ્વિકૃતિ હોવાનો જ જોઈએ

કૃપા કરી લખીને ફોર્મ પૂર્ણ કરો અને સ્પષ્ટ રીતે પ્રાર્થિ કરો

કૃપા કરી ફોર્મ નીચે આપેલ સરનારામાં પર રહેલ કરો: (ઓટોમટર્ વહિભાગ બ પહોંચાડેલા ફોર્મનો સ્વિકૃતિ કરતંનથી)

DDSનો ઓટોમટર્
વહિભાગ., એડિસે

ઓટોમટર્ ર પ્રોગ્રામર ઓપન નોંધણી
વહિ

500 હે રસન એડિસે, બોસ્ટન, MA 02118

અરજી ફોર્મ દ્વારા

સબ વર્ણિ કરો: આર

ઈરેલ આ

- બધી અરજીઓ AutismDivision@state.ma.us પર ઈરેલ કરવાની પડશે
- બધી અરજીઓ 17મી ઓક્ટોબર, 2017 - 31મી ઓક્ટોબર, 2017 સુધે ઈરેલ કરવાની પડશે
- બધી અરજીઓ રાસ વપત/વહિભાગ દ્વારા જ સીધી રોકલિંગમાં આપી જોઈએ
- ફોર્મ ઇલેક્ટ્રોનિકલી અથવા પ્રાર્થિ કરીને પૂર્ણ કરી શકાય છે, સ્પષ્ટ રીતે લખીને ઈરેલમાં સ્કેન કરી શકાય છે
- એડિસે કરેલા ફોર્મ નીચેના ફોર્મેટિંગમાં રોકલી શકાય છે: (પસંદગીનું) PDF, જો સ્પષ્ટ રીતે પ્રથમ રાસ હોય તો JPG
 - જો સર્વાઈમ ફોન/િબલેટ પર પૂર્ણ કરવામાં આવે તો એક વનિશલ્ક સ્કેનર એવલકેશન ડાઉનલોડ કરો અને એક PDF ફાઇલ દ્વારા રોકલી