



# 申請表 (Application Request Form)

## 自閉症延續豁免收費計劃 (The Renewal Autism Waiver Program)

發展服務署(DDS)自閉症部

兒童的資料 (請打字或以印刷體書寫)

兒童姓名	
兒童的出生日期	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> <input type="text"/> 年
兒童的社會保險咭號碼	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
如兒童為三歲，請填此項：	你的孩子是否正過渡離開「早期干預」？ 請圈出答案： 是 否
兒童的性別	<input type="checkbox"/> 女 F <input type="checkbox"/> 男 M
郵寄地址	
城市	
州	
郵政區號	
父母/監護人姓名	
喜愛使用的口語	
喜愛使用的書面語	

### 診斷信息：

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

假如是，請問診斷結果是什麼？(選其中之一):  自閉症 (Autistic Disorder)  未明示之廣泛性發展障礙症

(Pervasive Developmental Disorder–Not Otherwise Specified (PDD-NOS))  兒童期崩解症 (Childhood Disintegrative

Disorder)  雷特綜合症 (Rett's Syndrome) 或  亞斯伯格綜合症 (Asperger's Syndrome)

請列出影響你孩子的其他有關醫療、認知或精神病情況：

### 麻州醫療補助 (MassHealth)資料：

你的孩子目前是否正接受麻州醫療補助的標準類福利 (MassHealth (MH) Standard Benefits)?  是  否

假如是，請提供你孩子麻州醫療補助咭上的麻州醫療補助成員身份証號碼 (MassHealth ID Number)

帳戶號碼 Account #

### 登記指引：

- 所有表格的郵戳日期或日期章必須在 9 月 20 日至 10 月 1 日之間。

- 緊記完成填寫全份表格
- 請用鋼筆或原子筆，以印刷體書寫及簽名。
- 只可為每一名兒童遞交申請表一份 --- 自閉症部會扔掉重複的表格。
- 必須在十天的公開申請期內完成申請，方能獲得考慮參與自閉症延續豁免收費計劃的資格審核程序。
- 請把申請表郵寄至：

DDS Autism Division, Att. Autism Renewal Waiver, 500 Harrison Ave, Boston, MA 02118

**我已經按我所知準確地和真實地填妥此表格。**

**簽名:**

**日期:**