Formulário de Requisição de Inscrição

Programa de Renovação de Autorização de Verba Para Autismo

Divisão de Autismo do Departamento de Serviços Desenvolvimentais

Informação sobre a Criança (favor usar letra de forma ou datilografar)

Nome da Criança	
Data/Nascimento da Criança	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Mês Dia Ano
Nº/Seguro Social da Criança	☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Para Crianças de 3 anos:	O seu filho/a está terminando a Intervenção Precoce (Circule) Sim Não
Sexo da Criança	☐ Feminino ☐ Masculino
Endereço de Correspondência	
Cidade	
Estado	
CEP	
Nome do Pai/Mãe/Guardião	
Idioma Verbal Preferido	
Idioma Escrito Preferido	

Informação sobre o Diagnóstico:

A criança possui um diagnóstico verificado de um Distúrbio do Espectro Autista?: ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Se a resposta foi SIM, qual é o diagnóstico? (Assinale uma alternativa):

☐ Distúrbio Autístico ☐ Distúrbio Invasivo do Desenvolvimento – Sem Outra Especificação (PDD-NOS)

☐ Transtorno Desintegrativo da Infância ☐ Síndrome de Rhett OU ☐ Síndrome de Asperger

☐ Favor listar outras condições médicas, cognitivas ou psiquiátricas que afetam o seu filho/a:

Informação sobre a MassHealth:

O seu filho/a atualmente recebe os Benefícios da MassHealth (MH) Standard? ☐ SIM ☐ NÃO

Se sim, favor fornecer o Nº de Identificação da MassHealth de seu filho/a que se encontra em seu Cartão de MassHealth:

Nº da conta ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Instruções para a Inscrição:

- **Todos os Formulários devem possuir um Carimbo de Envio do Correio Datado Entre 20 de Setembro e 1º de Outubro.**
- Lembre-se de preencher o formulário por completo
- Favor usar letra de forma e assinar à tinta
- Somente uma inscrição por criança será aceita; o DDS descartará todas as duplicatas de inscrições
- Você deve preencher a sua inscrição dentro do período de 10 dias aberto para as inscrições para que o seu processo de elegibilidade seja levado em consideração para o Programa de Renovação de Autorização Para Autismo.
- Favor enviar a sua inscrição pelo correio para:
  DDS Autism Division, Att. Autism Renewal Waiver, 500 Harrison Ave, Boston, MA 02118

Preenchi esse formulário correta e honestamente até o limite do meu conhecimento.

Assinatura: **Data:**