自閉症豁免收費計劃資格申請表

申請表
兒童自閉障礙症候群家居及社區爲本服務豁免收費計劃
麻州智障局
MASSACHUSETTS DEPARTMENT OF MENTAL RETARDATION
(請填寫全份表格, 以印刷體清楚填寫)

兒童姓名: _____ _____ _____
名 中間名首字母 姓
父母姓名/法定監護人姓名: _____ _____ _____
(圈其中之一) 名 中間名首字母 姓
地址(街道) : _____

單位號碼, 郵政信箱編號等: _____城市: _____州: _____郵政區號: _____
電話 (家) : ☐☐☐ - ☐☐☐ - ☐☐☐☐ 電話 (其他) : ☐☐☐ - ☐☐☐ - ☐☐☐☐
兒童的社會保險咭號碼: ☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐
兒童性別: ☐男 ☐ 女 兒童的出生日期: ☐☐, ☐☐, ☐☐☐☐
月 日 年
父母/監護人主要使用語言(如非英語): _____需要翻譯員? ☐ 是 ☐ 否

請回答下列問題:
該兒童是否被確實診斷患上自閉障礙症候群? ☐是 ☐否
如果是,請問被診斷是什麼? (選其中之一):
☐ 自閉症 ☐ 未明示之廣泛性發展障礙症
☐ 兒童期崩解症 ☐ 雷特綜合症 或 ☐亞斯伯格綜合症

父母/法定監護人簽名: _____

指示: **有兩種方法遞交本表格至智障局自閉症部:**

1. **親自遞交*或郵寄至你居住當地的自閉症支援中心:**
*如親自遞交至中心,請注意時間爲上午9時至下午5時

Autism Alliance of Metrowest: 14 East Central St. Natick, MA 01760 # 508-652-9900: Serving: Metrowest 服務西都區
Autism Resource Center: 71 Sterling Street, West Boylston, MA 01583 #508-835-4278: Serving: Central, MA 服務麻州中部
Community Resources for People with Autism: 116 Pleasant St. Easthampton, MA 01027 #413-529-2428: Serving: Western, MA 服務麻州西部
Community Autism Resources: 2315 GAR Highway, Swansea, MA 02777 #508-379-0371: Serving: Southeast 服務東南部
TILL and Boston Families for Autism: 20 Eastbrook Rd. Dedham, MA 02026 #781-302-4600 x 4835: Serving: Greater Boston 服務大波士頓區
The Family Autism Center: 789 Clapboardtree Street, Westwood, MA 02090 #781-762-4001, X. 329 Serving: Norfolk County Area 服務諾爾福郡
NSARC: The Autism Support Center NSARC: 6 Southside Road, Danvers, MA 01923 #978-777-9135 x, 2301 or 2302: Serving: Northeas 服務東北部

2. **"豁免收費計劃資格申請表"亦可郵寄(非親自遞交) 至自閉症部: AUTISM DIVISION, 500 Harrison Ave. Boston, MA 02118,**
並註明: Att. Waiver Program Eligibility Request Forms

- **所有表格的郵戳日期或日期章必須在 2007 年 11 月 5 日至 16 日之間。如郵戳日期或日期章在此期間之外, 豁免收費計劃資格申請表將不被受理。**
- **緊記請填妥全份表格及清楚填寫—請以印刷體書寫**
- **用原子筆簽名**
- **只接受每一名兒童一份申請表格, 重複的表格會被廢棄。**