ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПРИНЯТИЕ УЧАСТИЯ В АУТИСТИЧЕСКОЙ ПОЛНОЙ ПРОГРАММЕ

БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ
ПОЛНАЯ ПРОГРАММА ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ДОМАШНЕЙ И ОБЩЕСТВЕННОЙ СРЕДЕ
ОТДЕЛ ПО РАБОТЕ С УМСТВЕННО ОТСТАЛЫМИ ЛЮДЬМИ В ШТАТЕ МАССАЧУСЕТС

ПОЖАЛУЙСТА, ЗАПОЛНИТЕ ВСЕ ДАННЫЕ В ЭТОМ БЛАНКЕ. ПИШИТЕ РАЗБОРЧИВО

Имя ребенка: _____ _____ _____
Имя | Инициал отчества или второго имени | Фамилия

Имя родителя/опекуна: _____ _____ _____ _____
(обведите) Имя | Инициал отчества или второго имени | Фамилия

Адрес/Улица: _____

№ Квартиры/почтовый ящик, т.п.: _____ Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Домашний Номер Тел.: ☐☐☐ - ☐☐☐ - ☐☐☐☐ Номер телефона (другой): ☐☐☐ - ☐☐☐ - ☐☐☐☐

Номер Социального Обеспечения ребенка (Social Security №): ☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

Пол ребенка: ☐ Мужской ☐ Женский Дата рождения ребенка: ☐☐, ☐☐, ☐☐☐☐
месяц | день | год

Основной язык родителя/опекуна: _____ Нужны услуги переводчика? ☐ДА ☐НЕТ

Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы:

Получил ли ребенок подтвержденный диагноз Расстройства Аутистического Спектра? ☐ ДА ☐ НЕТ

если ДА, какой именно диагноз? (отметьте только один пункт):

☐ Аутистическое нарушение ☐ Проникающее Прогрессирующее Расстройство – Неопределенной формы (PDD-NOS)

☐ Раннее Дезинтегративное Расстройство ☐ Синдром Ретта ИЛИ ☐ Синдром Асперга

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА: _____

ИНСТРУКЦИЯ: Подать это заявление в Аутистический Отдел DMR можно двумя способами:

1. Доставить лично* или послать по почте в Ваш местный Аутистический центр поддержки:
*Доставить заявление в один из центров можно только МЕЖДУ 9:00 УТРА И 5:00 ВЕЧЕРА.

Autism Alliance of Metrowest: 14 East Central St. Natick, MA 01760 # 508-652-9900: Центр обслуживает: Метровест область

Autism Resource Center: 71 Sterling Street, West Boylston, MA 01583 #508-835-4278: Центр обслуживает Центральный Масс.

Community Resources for People with Autism: 116 Pleasant St. Easthampton, MA 01027 #413-529-2428: Обслуживает Западную часть

Community Autism Resources: 2315 GAR Highway, Swansea, MA 02777 #508-379-0371:Центр обслуживает Юго-восточную часть

TILL and Boston Families for Autism: 20 Eastbrook Rd. Dedham, MA 02026 #781-302-4600 x 4835: Обслуживает Большой Бостон

The Family Autism Center: 789 Clapboardtree Street, Westwood, MA 02090 #781-762-4001 x.329: Обслуживает: Норфолк и окрестность

NSARC: The Autism Support Center:6 Southside Road, Danvers, MA 01923 #978-777-9135 x, 2301 or 2302: Обслуживает Северо-восток

2. Заявление на участие в Аутистической полной программе можно также ПОСЛАТЬ по почте (ВМЕСТО ЛИЧНОЙ ДОСТАВКИ) по адресу:
AUTISM DIVISION. Att. Waiver Program Eligibility Request Forms.500 Harrison Ave. Boston, MA 02118

- **Все заявления должны быть датированы почтой не ранее 5-го, но не позже 16-го ноября 2007 года. Заявления на начальный отбор для участия в этой программе датированные почтой вне указанного периода приниматься не будут.**
- **Не забудьте разборчиво и без пропусков заполнить все пункты бланка**
- **Подписывайте заявление шариковой ручкой**
- **БУДЕТ ПРИНИМАТЬСЯ ТОЛЬКО ОДНО ЗАЯВЛЕНИЕ НА КАЖДОГО РЕБЕНКА, ДУБЛИКАТЫ БУДУТ ОТКЛОНЕНЫ**

℘ Russian: AUTISM WAIVER PROGRAM ELIGIBILITY REQUEST FORM