

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE EXENCIÓN DE AUTISMO

FORMULARIO DE SOLICITUD PROGRAMA DE EXENCIÓN FEDERAL DE LOS SERVICIOS BASADOS EN EL HOGAR Y EN LA COMUNIDAD PARA LOS NIÑOS CON DESÓRDENES DEL ESPECTRO DE AUTISMO DEPARTAMENTO DE RETARDACIÓN MENTAL DE MASSACHUSETTS

FAVOR DE LLENAR COMPLETAMENTE EL FORMULARIO DE SOLICITUD -ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

Nombre del Niño(a): _____
Primer Nombre Inicial Apellido

Nombre del padre/tutor legal: _____
(Circule uno) Primer Nombre Inicial Apellido

Dirección (calle y num.): _____

Apt. #, Buzón Postal, etc.: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip (Código Postal): _____

Teléfono del hogar: □□□ - □□□ - □□□□ Teléfono alterno: □□□ - □□□ - □□□□

Número de Seguro Social del Niño(a): □□□ - □□ - □□□□

Género sexual: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento del Niño (a): □□, □□, □□□□
Mes Día Año

Idioma Primario del Padre/tutor; si no es inglés: _____ ¿Necesita Intérprete? SÍ NO

Favor de contestar las siguientes preguntas:

¿Tiene el niño(a) un diagnóstico verificado de un Desorden dentro del Espectro de Autismo? SÍ NO

Si contestó que SÍ, ¿cuál es el diagnóstico? (Marque uno):

- El Trastorno de Autismo El Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado de Otra Manera (PDD-NOS, en inglés)
 El Trastorno de Desintegración de la Infancia El Trastorno de Rett; o El Síndrome de Asperger

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL : _____

INSTRUCCIONES: Hay dos maneras de hacer llegar este Formulario de Elegibilidad a la División de Autismo de DMR:

1. Entréguela en persona o envíe por correo a su Centro local de Apoyo al Autismo:

*Si lo lleva en persona a uno de los Centros de Apoyo al Autismo, tiene que ser entre las horas de 9:00 AM a 5:00 PM

Autism Alliance of Metrowest: 14 East Central St. Natick, MA 01760 # 508-652-9900: Sirviendo el Área Metropolitana del Oeste.

Autism Resource Center: 71 Sterling Street, West Boylston, MA 01583 #508-835-4278: Sirviendo el Área Central de MA.

Community Resources for People with Autism: 116 Pleasant St. Easthampton, MA 01027 #413-529-2428: Sirviendo el Oeste de MA.

Community Autism Resources: 2315 GAR Highway, Swansea, MA 02777 #508-379-0371: Sirviendo el Sureste.

TILL and Boston Families for Autism: 20 Eastbrook Rd. Dedham, MA 02026 #781-302-4600 x 4835: Sirviendo en la ciudad de Boston.

The Family Autism Center: 789 Clapboardtree Street, Westwood, MA 02090 #781-762-4001, X. 329 Sirviendo en el Condado de Norfolk.

NSARC: The Autism Support Center: 6 Southside Road, Danvers, MA 01923 #978-777-9135 x, 2301 ó 2302: Sirviendo en el Noreste.

2. El Formulario de Elegibilidad del Programa de Exención también se puede enviar por correo – (no en persona) al:

AUTISM DIVISION. Attn. Waiver Program Eligibility Request Forms. 500 Harrison Ave. Boston, MA 02118

- > **TODOS LOS FORMULARIOS DEBERÁN TENER FECHA DEL MATASELLOS O FECHA DEL SELLO DE CORREOS ENTRE EL 5 DE NOVIEMBRE DE 2007 Y EL 16 DE NOVIEMBRE DE 2007. NO SE ACEPTARÁ NINGUN FORMULARIO PARA ESTE PERIODO INICIAL DE ELEGIBILIDAD QUE SE RECIBA FUERA DEL PERIODO INDICADO.**
- > **RECUERDE LLENAR CLARAMENTE TODO EL FORMULARIO –ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE.**
- > **FIRME EL FORMULARIO CON BOLÍGRAFO.**
- > **SÓLO SE ACEPTARÁ UNA SOLICITUD POR NIÑO(A), SOLICITUDES REPETIDAS SERÁN DESCARTADAS.**