Форма заявления для подачи на
Одновленную Программу
The Renewal Autism Waiver Program

Подразделение по проблемам аутизма Отдел по обслуживанию людей с проблемами развития

Иформация о ребенке (пожалуйста используйте печатный шрифт)

Имя ребенка	
Дата рождения	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ месяц день год
Социальный номер	☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Для детей в возрасте 3 лет:	Переходит ли ваш ребенок из Early Intervention (обведите) да нет
Пол ребенка	☐ Жен ☐ М
Адрес	
Город	
Штат	
Код города	
Имя родителя/попечителя	
Язык, на котором говорит	
Язык, на котором пишет	

Информация о диагнозе:

Имеет ли ребенок подтвержденный диагноз аутиз (Autism Spectrum Disorder)? ☐ **да** ☐ **нет**

Если да, что это за диагноз? (Отметьте):

☐ Умственная отсталость(Autistic Disorder) ☐ Распространяющийса дефецт развития(Pervasive Developmental Disorder) – Не указано (PDD-NOS)

☐ Синром детства (Childhood Disintegrative Disorder) ☐ Ретта синдром(Rhett's Syndrome) или ☐ Синдром Аспергера (Asperger's Syndrome)

☐ Пожалуйста перечислите все остальные сопутствующие медицинские или психологические проблемы, влияюшие на здоровье вашего ребенка:

Информация о мед страховке MassHealth:

Получает ли ваш ребенок в настоящее время стандартную страховку MassHealth Standard? ☐ да ☐ нет

Если да, запишите номер страховки, указанный в MassHealth карточке:

Счет # ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Условия приема документов:

- **На всех формах должен стоять почтовый штампт с датой между 20 сентября и 1октября 2010 года.**
- Незабудте заполнить форму полностью
- Пожалуйста заполняйте и подписывайте форму только ручкой.
- Принимается только одна форма на ребенка; дубликаты форм рассматриваться не будут.
- Вы должны заполнить вашу форму в отведенный для этого десятидневный период для принятия вашей формы к рассмотрению для получения программы Renewal Autism Waiver Program
- Пожалуйста отправляйте ваши формы по адресу: DDS Autism Division, Att. Autism Renewal Waiver, 500 Harrison Ave, Boston, MA 02118

Форма заполнена мною акуратно и правильно на сколько позволяют мне мои знания.

Подпись: **Дата:**