



FAVOR PREENCHER SE O SEU ALUNO:

1. Atualmente está qualificado como Criança para o Departamento de Serviços Desenvolvementais (DDS)
2. Está atualmente matriculado em um programa escolar aprovado através do distrito escolar local
3. Tem entre 6 a 17 anos de idade
4. Está atualmente morando em domicílio familiar

Por favor digite as respostas ou escreva de forma clara:

Nome do Aluno	
Nome do Genitor/Responsável	
Data de Nascimento & SSN do Aluno	
Endereço Para Correspondência: Rua, Cidade, Estado, CEP	
Telefone (Listar o Número Principal e Alternativo)	
Seguro Médico Primário e Secundário do Aluno (caso se aplique)	
Em Que Língua Você Prefere Falar Sobre o Seu Filho(a)? *	
Em Que Língua Você Prefere Receber Materiais Escritos Sobre os Cuidados do Seu Filho(a)? *	
Diagnóstico Principal do Aluno	
Outras Informações Diagnósticas do Aluno (caso se apliquem)	
Seu aluno possui um IEP? (Sim ou Não)	
Seu aluno participa de um programa por todo o ano? (Sim ou Não)	
Seu aluno participa de algum programa após a escola? (S/N)	
Se sim, quantas horas por semana?	
Seu aluno recebe serviços domiciliares da escola? (S/N)	
Se sim, quantas horas por semana?	
Seu aluno recebe serviços através da ARICA? (S/N)	
Se sim, quantas horas por semana?	
Seu aluno recebe serviços da CBHI? (S/N)	
Se sim, quantas horas por semana?	
Seu aluno recebe serviços de um Atendente de Cuidados Pessoais (PCA)? (S/N)	
Se sim, quantas horas por semana?	
Seu aluno recebe Gestão Coordenada de Casos? (S/N)	
Se sim, quantas horas por semana?	
O aluno recebe Serv. de Acolhimento Familiar P/ Adultos (AFC)? (S/N)	
Se sim, Nível I ou Nível II	

Todos os Formulários de Interesse deverão ser enviados entre os dias 4/11/2019 a 31/12/2019

Dúvidas? 617-624-7518

- Formulários devem ser digitados ou legíveis. Se entregues em mãos, use um envelope lacrado e escrito "Interest Form".
- Entregue-os em escritórios locais do DDS, Centros de Apoio a Família/Autismo-e não na Sede Central do DDS.
- **Formulários entregues pelos Correios:** DDS-Central Office, Att. DESE/DDS Program, 500 Harrison Ave, Boston, MA 02118
- Os Formulários também podem ser enviados por email para DESEDDSPROGRAM@MassMail.State.MA.US.

Eu completei esse formulário de forma precisa e verdadeira até onde me é dado saber.

Portuguese

Os serviços e auxílios recebidos pelo meu aluno e listados acima estão atualizados até a data da assinatura.

Assinatura do Genitor/Responsável:

Data:

* Tradução e interpretação são fornecidos gratuitamente aos participantes.