## O Departamento de Serviços Desenvolvimentais

 **Formulário de Interesse Para o Programa Preventivo Residencial do DESE/DDS 2019**

***Departamento de Ensino Fundamental e Médio/Departamento de Serviços Desenvolvimentais***

**FAVOR PREENCHER SE O SEU ALUNO:**

1. Atualmente está qualificado como Criança para o Departamento de Serviços Desenvolvimentais (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 domicialiares 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* |  |

**Todas 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.

*Portuguese*

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

***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.*