

Solicitud de Aplicación Abierta de 2026

Programa de Exención por Autismo de Niños

La División de Autismo del Departamento de Servicios de Desarrollo

617-624-7778



POR FAVOR, ESCRIBA EN EL FORMULARIO CON TECLADO O BOLÍGRAFO CON LETRA CLARA

Nombre del niño/de la niña	
Fecha de nacimiento del niño/de la niña	
Número de seguro social del niño/de la niña REQUERIDO	
Número de MassHealth del niño/de la niña REQUERIDO	
Tipo de seguro de MassHealth del niño/de la niña: (marque con un círculo)	CommonHealth Estándar Privado Otro
Género del niño/de la niña: <i>escriba masculino o femenino</i>	
Dirección postal	
Ciudad, estado, código postal	
Nombre del padre/de la madre/del tutor/de la tutora	
¿En qué idioma preferiría hablar sobre su hijo o hija?*	
¿En qué idioma preferiría recibir materiales escritos sobre el cuidado de su hijo o hija?*	
Teléfonos del padre/de la madre/del tutor/de la tutora (móvil y alternativo)	
Correo electrónico del padre/de la madre	

*La traducción e interpretación no tienen costo para las y los participantes.

¿El niño o la niña tiene un diagnóstico escrito verificado de un trastorno del espectro autista de un médico o psicólogo? ☐ Marque con un círculo: SÍ ☐ NO

NO ADJUNTE REGISTROS MÉDICOS ni NINGÚN OTRO DOCUMENTO EN ESTE MOMENTO.

Enumere otras condiciones médicas, cognitivas o psiquiátricas relacionadas que afecten a su hijo o hija:

--

Yo (el padre/la madre/el tutor/la tutora del niño o de la niña nombrado o nombrada anteriormente) he completado este formulario con precisión y veracidad según mi mejor conocimiento.

Firma del padre, de la madre, del tutor o de la tutora:	Fecha:
---	--------

Cómo participar en el proceso de solicitud abierta de exención por autismo:

SOLO UNA SOLICITUD POR NIÑO O NIÑA: se desecharán múltiples formularios. **Solo envíe el formulario de solicitud para aplicar;** no envíe nada más en este momento. Nos comunicaremos con usted si se necesita más información.

ELIJA UNA DE LAS OPCIONES QUE SE MUESTRAN A CONTINUACIÓN:

Envíe el formulario de solicitud: por correo postal

- Todas las solicitudes deberán tener un matasellos/sello de fecha entre el 16 y el 30 de octubre de 2026
- Por favor, envíe el formulario por correo postal a:

DDS AUTISM DIVISION

Attn. Children's Autism Waiver Program Open Request

40 Broad St, 4th Floor

Boston, MA 02109

Envíe el formulario de solicitud: por correo electrónico

- Todas las solicitudes deben enviarse por correo electrónico a: **DDS-
ChildrensAutismWaiverProgram@mass.gov** entre el 16 y el 30 de octubre de 2026
- **Únicamente el padre, la madre, el tutor o la tutora debe enviar directamente todas las solicitudes**
- El formulario puede completarse de forma electrónica o impresa, llenarse con bolígrafo con letra clara y escanearse para enviarse por correo electrónico
- El formulario puede enviarse en los siguientes formatos: PDF (preferido), JPG si se ve claramente. Si se completa en un teléfono inteligente/tableta, descargue una aplicación de escáner gratis y envíelo como archivo PDF

Envíe el formulario de solicitud: por fax

1-857-323-8379

Complete la solicitud en línea:

- La solicitud puede completarse usando el siguiente enlace:
[Solicitud de Aplicación Abierta de Manifestación de Interés de 2026](#)
- La solicitud puede completarse escaneando el siguiente código QR:



Todas las solicitudes deben completarse en línea entre el 16 y el 30 de octubre de 2026.
La División de Autismo no puede aceptar formularios entregados en persona.