



706 Haddonfield Road
Cherry Hill, NJ 08002
1-800-532-7667 Fax # 1-856-488-8257
www.msassociation.org
rpalacio@msassociation.org

**MULTIPLE SCLEROSIS
ASSOCIATION OF AMERICA**

Rompiendo barreras

Fomentando esperanza

PROGRAMA DE DISTRIBUCION DE EQUIPO DE LA MSAA Solicitud para productos de seguridad, movilidad y la vida diaria

Los Individuos con la EM experimentan dificultades del equilibrio, la coordinación y habilidades motoras finas. El programa de distribución de equipo ofrece al cliente una selección de productos diseñados para mejorar la seguridad, la accesibilidad y actividades de la vida diaria. La MSAA provee estos productos sin costo ninguno a personas con la EM.

Muchos de estos productos están especialmente diseñados para cumplir con las necesidades de las personas con impedimentos. Hay varios equipos que no se incluyen en este programa como los alcanzadores, tapetes de bañera, duchas de mano, etc., que se pueden encontrar en las tiendas nacionales y ferreterías a bajo costo.

La MSAA sugiere que se elijan los productos cuidadosamente a base de sus necesidades ya que hay limitaciones a lo largo de su membresía. **Una vez que se hagan las selecciones no se puede hacer cambios.** Si tiene alguna pregunta por favor llame al 800-532-7667, Ext. 108.

Para recibir productos de este programa **se debe completar** los pasos 1 a 5 y devolver todos los documentos requeridos a la MSAA.

- Paso 1** Rellene el Formulario de información personal
- Paso 2** Rellene la sección Elegibilidad de ingreso
- Paso 3** Rellene la solicitud de Distribución de Equipo
- Paso 4** **Obtenga una prescripción o una carta de su médico que verifica su diagnóstico de EM e inclúyela con esta solicitud.**
- Paso 5** Lea y firme el Acuerdo de condiciones del equipo

La guía del ingreso solo se aplica a los siguientes programas: Programa de enfriamiento, Distribución de equipo y el Instituto de RM. La MSAA sugiere que todos los solicitantes devuelvan el Formulario personal para hacerse miembros. Esto le facilitará que recibas la revista *The Motivator*, publicaciones y otros servicios.

Rellene y devuelva las páginas siguientes a la MSAA con una nota del médico que verifica su diagnóstico de EM y el Formulario de información personal

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ENFRIAMIENTO DE LA MSAA

Nombre: _____ Teléfono: (____) _____ Fecha: _____

Dirección: _____

ELEGIBILIDAD DE INGRESO

Parte A. INGRESO ANUAL DE FAMILIA se define como todo el ingreso de incapacidad/pensión de la persona con EM Y todo el ingreso de su esposo(a)/pareja durante el año calendario anterior. Ingresos de hijos adultos y/o mayores que viven en la casa se excluyen.

Mi ingreso anual de familia es: \$_____.

El número de personas que viven en mi casa es: _____.

Parte B. Usando como referencia la información arriba, averigüe si su ingreso es menos que la cantidad en la tabla abajo. Si lo es siga con la Parte C de esta solicitud.

Ejemplo: María Sánchez tiene EM. Vive con su marido y su hija. De hecho hay tres personas en la casa. El Ingreso anual de la familia de María y su marido es \$46,000. Este ingreso es menos que \$54,930 (según la tabla abajo), así que ella es elegible.

LA GUÍA DEL INGRESO ANUAL DE FAMILIA DE LA MSAA 2008
(Se basa en el 3x nivel federal de pobreza)

Personas en la casa	Ingreso
1	\$32,490
2	\$43,710
3	\$54,930
4	\$66,150
5	\$77,370
6	\$88,590
7	\$99,810
8	\$111,030

La Parte C. Por favor firme abajo:

Al firmar abajo, yo (el/la que solicita los productos) certifico que la información brindada a la MSAA es correcta y verdadera a mi mejor conocimiento. También entiendo que la MSAA tiene el derecho de pedir verificación escrita del ingreso si se necesita y/o rechazar esta solicitud si la información requerida y la firma no se proveen o si el ingreso excede nuestras limitaciones.

Firma _____ Fecha: _____

SELECCION DEL PRODUCTOS

Por favor elija sus productos cuidadosamente ya que **NO HABRAN CAMBIOS NI DEVOLUCIONES**. Solo se permite elegir **UN producto del Grupo A** aun eligiendo sólo un producto o menos del Grupo B.

Group A:

Puede elegir **1** producto de la lista abajo. Por favor marque la caja que corresponda y elija cuidadosamente ya que el límite es el máximo permitido para este grupo.

- Banca de transferencia
- **capacidad de 250 lb.**
- Banca de baño
- Agarradera de seguridad
- Alza para excusado
- Andador con silla y cuatro ruedas

Group B:

Puede elegir **2** productos de la lista abajo. Por favor marque la caja que corresponda y elija cuidadosamente ya que el límite es el máximo permitido para este grupo.

- Agarradera – 16”
- Mango de seguridad
- Jarra con dos agarraderas
- Bastón cuatro patas
(Base pequeña)
- Utensilios con mangos gruesos
(Cuchillo, tenedor & 2 cucharas)
- Cinturón alza piernas

Silla de rueda manual:

Si le interesa obtener una silla de rueda manual de la MSAA debe de colaborar con el Departamento de Servicios al Cliente. Ellos le ayudarán determinar si es elegible para recibir una silla de rueda a través de otros recursos como el seguro privado, Medicaid/Medicare, y otras organizaciones y servicios de apoyo.

Por favor contáctese con la Línea de ayuda al 800-532-7667, Ext. 108, o por e-mail rpalacio@msassociation.org.

O rellene la información abajo y un asesor bilingüe le llamará.

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____

E-mail: _____



706 Haddonfield Road
Cherry Hill, NJ 08002
1-800-532-7667 msaa@msaa.com

Rompiendo Barreras

Creando Ilusiones

ACUERDO SOBRE LOS TÉRMINOS PARA EQUIPOS DE LA MSAA

Con mi firma, Yo -quien recibe- éste equipo afirma que comprende y acuerda lo siguiente:

1. Que la Asociación Americana de Esclerosis Múltiple (MSAA, por sus siglas en inglés) no está obligada a proveer ningún aparato/equipo que yo solicite. La MSAA mantiene el derecho de hacer la determinación final sobre qué equipo se va a distribuir.
2. Que cierto equipo está restringido debido a la talla y peso del usuario, por lo que la MSAA no es responsable ni está obligada a medirme para dispensarme el equipo.
3. Que apenas reciba el equipo lo inspeccionaré y avisaré a la MSAA de inmediato si encuentro algún problema o daño que haya podido ocurrir durante el envío.
4. Que consideraré a la MSAA, oficiales, empleados, agentes y miembros libres de toda y cualquier demanda por daños, perjuicios o pérdidas que resulten del uso del equipo/aparato que provee la MSAA.
5. Que yo seré el único responsable del equipo que se me envíe, y que el mantenimiento, reparaciones, y reemplazos serán mi responsabilidad.
6. Que soy responsable de avisar a la MSAA de cualquier cambio de nombres, dirección o teléfonos que se puedan presentar mientras tenga yo este aparato (perteneiente a la MSAA) en mi poder.
7. Que toda información personal y médica que he provisto voluntariamente a la MSAA puede ser utilizada o compartida con el único propósito de adquirir servicios o beneficios que ahora solicito. Comprendo que las reglas de la MSAA son las de mantener estricta confidencialidad y seguridad en cuanto a mi información personal.
8. **Afirmo haber leído y comprendido, y estoy acuerdo con cada uno de los términos descritos arriba:**

Nombre: (A mano o a máquina) _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al 1-800-532-7667, Ext. 108. No olvide enviar todo a la MSAA: Solicitud del programa de distribución de equipo, Formulario de información personal, **una prescripción o carta del médico que verifica su diagnóstico de EM** y el Acuerdo sobre los terminos para equipos. MSAA – 706 Haddonfield Rd. Cherry Hill, NJ 08002

Punto importante:

La política de MSAA es mantener absolutamente la confianza y la seguridad de toda la información médica y personal. MSAA usará la información médica y personal, que se ha provisto voluntariamente, solamente para ayudar a adquirir los servicios o beneficios pedidos. MSAA no compartirá los nombres o ninguna información de salud que identifique al individuo al menos que sea necesario para adquirir un servicio o beneficio pedido.

Por favor entregue este formularioa:

**The Multiple Sclerosis Association of America
706 Haddonfield Road
Cherry Hill, NJ 08002**

**800-532-7667
msaa@msaa.com
www.msaa.com**

Para individuos con EM por favor rellene lo siguiente:

Clasificación de EM: Benigna Secundaria-progresiva Primaria-progresiva
 Relapso-remitente Progresiva-remitente Diagnóstico no claro

Año en que le diagnosticaron: _____

Otras condiciones:

Uso de silla de ruedas: ningún esporádico moderado siempre

Artículos de asistencia: bastón muletas andador scooter
 otro _____

Síntomas (marque todas las que se experimenta)	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Dificultad en resolver problemas	<input type="checkbox"/> Depresión
	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga	<input type="checkbox"/> Dolor
	<input type="checkbox"/> Entumecimiento	<input type="checkbox"/> Problemas con evacuar	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
	<input type="checkbox"/> Malestar por ardor	<input type="checkbox"/> Espasmos musculares	<input type="checkbox"/> Dificultad del habla
	<input type="checkbox"/> Vista nublada	<input type="checkbox"/> Tensión muscular	<input type="checkbox"/> Dificultad en tragar
	<input type="checkbox"/> Pérdida de la vista	<input type="checkbox"/> Debilidad en general	<input type="checkbox"/> Temblor
	<input type="checkbox"/> Dificultad del equilibrio	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor	<input type="checkbox"/> Pérdida de la coordinación
	<input type="checkbox"/> Pesadez de las piernas	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío	<input type="checkbox"/> Otros síntomas
	<input type="checkbox"/> Mareos/vértigo		
	<input type="checkbox"/> Pérdida de memoria/atención		

Los análisis que se han hecho: RM (cranio) RM (columna)

líquido cefaloraquídeo Potenciales evocados

Medicamentos de EM

que se usa: Avonex® Betaseron® Copaxone® Novantrone®

Rebif® Tysabri® Otro _____

¿Está Ud. Actualmente participando en un ensayo clínico? Sí No

Si la respuesta es "Sí", por favor pon el lugar del ensayo:

Origen étnico: (optativo)

Indígena Americano/a o Nativo/a de
Alaska

Asiático/a

Afroamericano/a

Chicano o Mejicano-americano

Hispano/a o Latino/a

Hawaiano Nativo o Isleño/a

Pacífico

Blanco/a

De otro (por favor especifique)

**Ingreso anual (para la familia
que vive en el domicilio primario)**

Menos que \$10,000

\$10,001 a \$20,000

\$20,001 a \$30,000

\$30,001 a \$40,000

\$40,001 a \$50,000

\$50,001 a \$60,000

\$60,001 a \$70,000

\$70,001 a \$80,000

\$80,001 a \$90,000

\$90,001 a \$100,00

Más de \$100,000

Médico de

cuidado primario: _____ **Tel. ()** _____

Dirección _____

Neurólogo: _____ **Tel. ()** _____

Dirección: _____