

Solicitud para el Programa de Equipos de Enfriamiento

375 Kings Highway North, Cherry Hill, NJ 08034
(800) 532-7667

Correo electrónico: applications@mymsaa.org

Toda la información personal y médica proporcionada voluntariamente a MSAA durante el proceso de solicitud puede ser utilizado o compartido con el único propósito de obtener asistencia a través de los servicios de MSAA. La política de MSAA es mantener estrictamente la confidencialidad y seguridad de toda la información personal.

Por qué el enfriamiento es importante para las personas con esclerosis múltiple y cómo funciona:

Muchas personas con esclerosis múltiple (EM) son sensibles al calor. La investigación de la EM ha demostrado que el calor y la humedad a menudo agravan los síntomas comunes de la EM. La investigación de la EM también ha demostrado que enfriar el cuerpo puede ayudar a disminuir los efectos negativos del calor y la humedad en una persona con EM. Un chaleco refrigerante es una prenda ligera que contiene bolsillos aislados que contienen pequeñas bolsas de hielo.

¿Cómo califico y solicito?

- ✓ No ha recibido un chaleco refrigerante de MSAA en los últimos 5 años.
- ✓ Cumplir con el requisito de elegibilidad de ingresos.
- ✓ Complete el formulario de admisión.
- ✓ Haga su selección de productos.
- ✓ Lea y firme el Acuerdo de términos.
- ✓ Incluya una carta o una receta para mostrar prueba del diagnóstico de EM.
- ✓ Envíe la solicitud completa y firmada a MSAA por fax al 856-488-8257 o enviar por correo a:

MSAA 375 Kings Highway North, Cherry Hill, NJ 08034

Correo electrónico: applications@mymsaa.org

REQUISITO DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

La MSAA requiere que los solicitantes enumeren sus ingresos familiares anuales según su formulario de impuestos sobre la renta presentado más recientemente. Los ingresos enumerados se comparan con la tabla a continuación, que triplica las pautas federales de pobreza, para determinar la elegibilidad financiera. MSAA utiliza Experian Health para verificar los niveles de ingresos como parte del proceso general de evaluación de elegibilidad. Si reúne los requisitos de ingresos, visite nuestro sitio web para obtener más información sobre nuestro Programa de resonancia magnética y Programa de distribución de equipos en www.mymsaa.org.

Mis ingresos familiares anuales son: \$_____.

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

Directrices de ingresos familiares anuales de la MSAA (basadas en el triple del nivel federal de pobreza)

Personas viviendo en el hogar	Ingresos
1	\$39,000
2	\$52,500
3	\$66,000
4	\$79,500
5	\$93,500
6	\$107,000
7	\$120,500
8	\$134,000

Con mi firma a continuación, yo (el solicitante) por la presente certifico que la información proporcionada a la MSAA es verdadera y precisa y que mis ingresos familiares anuales están por debajo del nivel indicado en la tabla por personas que viven en mi hogar. Yo (el solicitante) entiendo que estoy proporcionando "instrucciones escritas" a MSAA en virtud de la Ley de informes crediticios justos que autoriza a MSAA a obtener información de mi perfil crediticio u otra información de Experian Health. Autorizo a MSAA a obtener dicha información únicamente para verificar la elegibilidad de ingresos para la Programa de Equipos de Enfriamiento.

Firma: _____ **Fecha:** _____

FORMULARIO DE ADMISIÓN

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Estado civil: _____ **Sexo:** _____

Raza (por favor marque todo lo pertinente):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático o Isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Black or African American |
| <input type="checkbox"/> Hispano o Latino | <input type="checkbox"/> Blanco o Indoeuropeo | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Idioma primario (por favor seleccione uno):

- Inglés Español Otro: _____

Referido a la MSAA a través de (por favor seleccione todo lo pertinente):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Proveedor medico | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Evento de MSAA |
| <input type="checkbox"/> Búsqueda en internet | <input type="checkbox"/> Medio de comunicación | <input type="checkbox"/> Solicitud |
| <input type="checkbox"/> Otra organización de EM | <input type="checkbox"/> Publicación de la MSAA | <input type="checkbox"/> Compatibilidad de voluntarios |
| <input type="checkbox"/> Familia o amigo | <input type="checkbox"/> Correo electrónico de la MSAA | <input type="checkbox"/> Sitio web de la MSAA |
| <input type="checkbox"/> Medios sociales | <input type="checkbox"/> Incierta | <input type="checkbox"/> Envío de correo para evento MSAA |

Clasificación de la esclerosis múltiple (por favor seleccione una):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> EM progresiva primaria | <input type="checkbox"/> EM progresiva recurrente | <input type="checkbox"/> EM remitente recurrente |
| <input type="checkbox"/> EM progresiva secundaria <input type="checkbox"/> Incierta | | |

Año del diagnóstico: _____

Problemas de movilidad (seleccione todas las que correspondan):

- | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Ocasionales | <input type="checkbox"/> Moderados | <input type="checkbox"/> Siempre | |
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Patineta | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas |

Síntomas (por favor marque todo lo pertinente):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas con el equilibrio | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Dolor |
| <input type="checkbox"/> Problemas en la vejiga | <input type="checkbox"/> Debilidad general | <input type="checkbox"/> Dificultad al hablar |
| <input type="checkbox"/> Problemas intestinales | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar |
| <input type="checkbox"/> Sensación de ardor | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor | <input type="checkbox"/> Hormigueo |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío | <input type="checkbox"/> Pesadez en las piernas | <input type="checkbox"/> Temblores |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de coordinación | <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria o atención | <input type="checkbox"/> Pérdida visual/vista borroso |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Espasmos musculares | <input type="checkbox"/> Dolor visual |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para resolver problemas | <input type="checkbox"/> Músculos tensos | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Mareos o vértigo | <input type="checkbox"/> Entumecimiento | <input type="checkbox"/> Ninguno |

¿Recibe terapia modificadora de la enfermedad (TME) para la EM? Sí No

De ser así, por favor seleccione su medicamento **actual** del tratamiento:

- | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aubagio® | <input type="checkbox"/> Avonex® | <input type="checkbox"/> Bafiertam™ | <input type="checkbox"/> Betaseron® | <input type="checkbox"/> Copaxone |
| <input type="checkbox"/> Extavia® | <input type="checkbox"/> Gilenya® | <input type="checkbox"/> Glatiramer acetate | <input type="checkbox"/> Glatopa® | <input type="checkbox"/> Kesimpta® |
| <input type="checkbox"/> Lemtrada® | <input type="checkbox"/> Mavenclad® | <input type="checkbox"/> Mayzent® | <input type="checkbox"/> Novantrone® | <input type="checkbox"/> Ocrevus™ |
| <input type="checkbox"/> Plegridy® | <input type="checkbox"/> Ponvory™ | <input type="checkbox"/> Rebif® | <input type="checkbox"/> Tecfidera® | <input type="checkbox"/> Tysabri® |
| <input type="checkbox"/> Vumerity™ | <input type="checkbox"/> Zeposia® | | | |

Pruebas que has tenidos (seleccione todas las pertinentes):

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Potenciales provocados | <input type="checkbox"/> IRM (cerebro) | <input type="checkbox"/> IRM (de la columna) | <input type="checkbox"/> Punción lumbar |
|---|--|--|---|

¿El cuidador puede hablar en nombre del cliente? Sí No

Doctor de atención primario: _____ Teléfono: _____

Neurólogo: _____ Teléfono: _____

SELECCIÓN DE PRODUCTOS – elige solo uno (1)

Chaleco o Faja oculta para el torso usado debajo de la ropa (Opciones A y B):

- Son más pequeños y ligeros. Hay menos espacio para los paquetes de hielo, por lo que hay menos tiempo de enfriamiento/alivio.
- Se ocultan fácilmente para un uso discreto y cómodo de llevar en el trabajo, en movimiento o haciendo ejercicio.

Los chalecos que se usan sobre la ropa (Opciones C y D):

- Son más grandes y no son ligeros.
- Son productos tradicionales que ofrecen un alivio máximo de enfriamiento mientras te relajas y disfrutas del aire libre.

Selecione la opción A, B, C, o D debajo. No hay combinaciones, intercambios o devoluciones.

A. Steele Cool-UnderVest Kit – incluye:

- Cool-UnderVest – Correas anchas y elásticas que se ajustan completamente en los hombros y la cintura para un tamaño universal. El tejido de concha suave y cómodo permite que el chaleco se use debajo de la ropa. El chaleco pesa de 1 a 3 libras dependiendo de la cantidad de franjas de hielo que se use en el chaleco.
- Compresas de enfriamiento son flexibles y de doble sellado sin toxinas y congelan a 32°. Las compresas de enfriamiento vienen con ocho paquetes de 10 onzas.
- Lazo para el cuello de lujo y 2 bandas para las muñecas, 2 juegos de compresas frías para cada artículo.



Chaleco para debajo de la ropa



Lazo para el cuello



Bandas para las muñecas

B. Polar CoolFit Kit – incluye:

- Faja oculta de enfriamiento para el torso con lados elásticos y velcro
- Pesa 2 libras y se ajusta a las cinturas 24” – 46”
- Lazo para el cuello de lujo, 2 bandas para las muñecas, 2 bandas para los tobillos
- Compresas enfriadoras adicionales para todos los artículos

Selecione un color: Caqui Negro



C. Polar Zipper Style Vest (Chaleco con cierres delanteros) – las compresas enfriadoras congelan a 32°

- Los chalecos de enfriamiento vienen con bolsillos aislados para los paquetes de enfriamiento y están disponibles en varios tamaños para garantizar un ajuste cómodo, efectivo y atractivo.
- Los chalecos más grandes requieren más cobertura y usan paquetes adicionales, y los chalecos más pequeños usan menos paquetes. El peso del chaleco varía (2-6 lbs.). El sistema incluye un conjunto adicional de compresas de enfriamiento.
- Incluye un lazo atractivo con compresas de enfriamiento adicionales (el mismo color del chaleco)

Seleccione un tamaño y color del chaleco:

Azul

Caqui

Negro

Gris



- XS/S:** Se ajusta 85 - 110 lbs.; pesa 2-4 lbs.
- S/M:** Se ajusta 110 - 125 lbs.; pesa 2-4 lbs.
- M/L:** Se ajusta 125 - 175 lbs.; pesa 3-5 lbs.
- L/XL:** Se ajusta 175 - 250 lbs.; pesa 3-5 lbs.
- XL/XXL:** Se ajusta 250 - 325 lbs.; pesa 3-6 lbs.
- 2XL/3XL:** Se ajusta 325 lbs. +; pesa 3-6 lbs.

D. Steele CoolStyle™ Vest – las compresas enfriadoras de hielo congelan a 32°

- Steele CoolStyle™ Vest (chaleco) con bolsillos refrigerantes y correas elásticas ajustables ubicadas discretamente en el interior del chaleco. Contiene cuatro franjas de hielo segmentado (3 paquetes por franja) y pesa de 3 - 6 libras dependiendo de la cantidad de paquetes utilizados. Tres bolsillos exteriores para un teléfono celular.
- Se ajusta fácilmente para adaptarse a 100-300+ libras, ya que las franjas elásticas de ajuste de tamaño se pueden cortar para adaptarse.
- Dos franjas de enfriamiento están segmentadas y selladas para máxima flexibilidad, durabilidad, facilidad de manejo y congelación.
- Incluye un lazo para el cuello y 2 pequeñas compresas de enfriamiento

Seleccione un color del chaleco:

Negro



Caqui



Gris



TÉRMINOS DEL ACUERDO

Con mi firma a continuación, yo (el destinatario) de estos productos refrigerantes entiendo y acepto que:

1. La Asociación de Esclerosis Múltiple de América, Inc (MSAA) no está obligada a proporcionar ninguno o todos los productos que he solicitado. MSAA se reserva el derecho de tomar la determinación final sobre qué productos para distribuir.
2. Algunos productos están restringidos en tamaño y, por lo tanto, MSAA no es responsable de encajarme.
3. Cuando recibo el envío, notificaré a MSAA sobre cualquier problema o daño que haya ocurrido durante el envío.
4. Liberaré y eximiré de responsabilidad a MSAA, sus funcionarios, empleados, agentes y miembros de cualquier lesiones o pérdidas que puedan ocurrir por el uso o mal uso de los artículos proporcionados por MSAA.
5. Los artículos distribuidos son de mi exclusiva responsabilidad, y todo el mantenimiento, las reparaciones y los reemplazos son mi responsabilidad.
6. Debo notificar a MSAA sobre cualquier cambio de nombre, dirección, teléfono y correo electrónico para que puedan actualizar mi archivo en consecuencia.
7. La información personal y médica que he proporcionado voluntariamente a MSAA puede ser utilizada o compartida con el único propósito de adquirir el servicio o beneficio que he solicitado. Entiendo La política de MSAA es mantener estrictamente la confidencialidad y seguridad de toda la información personal.

Nombre: (Imprima o escriba a máquina): _____

Firma: _____ **Fecha:** _____