



Multiple Sclerosis
Association of America

Solicitud para el programa de distribución de equipo

375 Kings Highway North, Cherry Hill, NJ
08034

(800) 532-7667 Sitio web: www.mymsaa.org

Solicitud para productos de seguridad, movilidad y ejercicio / bienestar

Las personas con EM (esclerosis múltiple) pueden tener dificultades con el equilibrio y la coordinación, las habilidades motoras finas y la movilidad. El Programa de Distribución de Equipo de la MSAA les ofrece a los clientes una selección de productos concebidos para mejorar la seguridad, movilidad y las actividades de la vida cotidiana, además de brindar oportunidades para el ejercicio o bienestar. La MSAA proporciona estos productos sin costo alguno a las personas con EM que califican para la asistencia.

Muchos de los artículos ofrecidos a través de este programa están adaptados especialmente para satisfacer las necesidades de las personas con discapacidades físicas. Además, los productos para el ejercicio están diseñados para ayudarles a las personas a participar en actividades de bienestar de nivel bajo a moderado.

La MSAA alienta a los clientes a hacer una selección cuidadosa en función de sus necesidades apropiadas, ya que no hay intercambios ni devoluciones. Si tiene preguntas, llame al (800) 532-7667.

¿Cómo califico y solicito?

- Paso 1** Cumplir con los requisitos de ingresos o indicar una necesidad financiera debido a la pandemia del COVID-19
- Paso 2** Haga su selección producto(s)
- Paso 3** Lea y firme el Formulario de los Términos del Acuerdo
- Paso 4** Llene el Formulario de Ingreso
- Paso 5** Si está disponible, incluya una carta de su doctor que confirme su diagnóstico de EM
- Paso 6** Envíe la solicitud completada a la MSAA vía fax al 856-488-8257 o por correo a: MSAA, 375 Kings Highway North, Cherry Hill, NJ 08034

El Programa de Distribución de Equipo de la MSAA es posible, en parte, con el apoyo de la Fundación Caritativa Virginia T. Dashiell, Genentech, y Mylan.

PASO 1: ELEGIBILIDAD DE INGRESOS y NECESIDAD ECONÓMICA

ACTUALIZACIÓN IMPORTANTE:

Bajo las directrices estándar del programa, la MSAA les pide a los solicitantes que indiquen sus ingresos familiares anuales en base a su declaración más reciente del impuesto sobre la renta. Los ingresos indicados se comparan con los del siguiente cuadro que triplica las directrices federales de pobreza para determinar los criterios económicos. Sin embargo, la MSAA reconoce que la reciente pandemia del COVID-19 puede haber afectado negativamente su situación económica actual.

Como resultado de ello, estamos aceptando actualmente dos opciones de condiciones de ingresos:

Opción 1. Necesidad económica súbita

Opción 2. Condiciones estándar de ingresos

Opción 1. Si la pandemia del COVID-19 afectó negativamente su situación económica y actualmente pasa por un período de privación, por favor marque la casilla y firme abajo.

Yo (el solicitante), por medio de la presente, certifico que estoy pasando por un período de privación económica súbita como resultado de la pandemia del COVID-19 y requiero la ayuda de la MSAA para el programa de distribución de equipo

Explique cómo ha cambiado su situación financiera: _____

_____ Firma: _____ Fecha: _____

Opción 2. Si la pandemia del COVID-19 no afectó su situación económica, por favor indique sus ingresos familiares y el número de personas viviendo en su hogar. Por favor revise el cuadro abajo para ver si sus ingresos son menores al nivel indicado. Si es así, por favor firme a continuación.

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	\$38,640
2	\$52,260
3	\$65,880
4	\$79,500
5	\$92,120
6	\$106,740
7	\$120,360
8	\$133,980

Por medio de la presente y con mi firma que aparece a continuación, yo (el solicitante) certifico que la información proporcionada a la MSAA es veraz y correcta y que mis ingresos familiares anuales están por debajo del nivel enumerado en el cuadro para las personas que viven en el hogar.

Firma: _____

Fecha: _____

PASO 2: SELECCIÓN DE PRODUCTOS

Por Seleccione un (1) producto a continuación. Seleccione cuidadosamente ya que no hay devoluciones.

Pasarmanos de seguridad para la bañera



Juego de utensilios de fácil agarre
(cuchillo, tenedor y 2 cucharas)



Pedales para ejercicio
(bajo impacto para piernas y brazos)



Barra de seguridad de 16"



Bastón cuádruple



Bandas de resistencia
(conjunto de 5)



Silla para la ducha
(capacidad de peso: 250 libras)



Banco de transferencia
(capacidad de peso: 250 libras, reversible para adaptarse a toda bañera)



Andadora con asiento y cuatro ruedas
(capacidad de peso: 250 libras)



Colchoneta de yoga (azul) y DVD
- Seleccione un DVD en la lista
 Yoga suave Yoga en silla



La disponibilidad de las sillas de ruedas manuales es limitada: si necesita una silla de ruedas manual estándar, sírvase llamar al Departamento de Servicios a Clientes de la MSAA al (800) 532-7667, ext. 154. La MSAA le ayudará a determinar si reúne las condiciones para la asistencia a través del seguro o de otros recursos antes de que la MSAA proporcione la silla de ruedas. La disponibilidad es limitada.

PASO 3: TÉRMINOS DEL ACUERDO

Por mi firma que aparece abajo, yo, el beneficiario de este equipo, entiendo y acepto que:

1. Tengo un diagnóstico médicamente confirmado de esclerosis múltiple por parte de un profesional de la salud con licencia.
2. Que la Multiple Sclerosis Association of America, Inc. (MSAA) no está obligada a proporcionar ningún o todo equipo o artículo que he solicitado. La MSAA conserva el derecho de determinar definitivamente cuál equipo distribuirá.
3. Que parte del equipo está restringido en cuanto a tamaño y peso, y por lo tanto la MSAA no se responsabiliza ni se hace responsable por adaptarme el equipo solicitado.
4. Que al recibir el equipo, lo inspeccionaré y le notificaré a la MSAA sobre cualquier problema o daño que pudiese haber ocurrido durante el envío.
5. Que liberaré a la MSAA, sus funcionarios, empleados, agentes y miembros de toda responsabilidad por cualquier lesión o pérdida que pudiese ocurrir debido al uso o mal uso de este equipo o estos artículos proporcionados por la MSAA.
6. Que asumiré la única responsabilidad por el equipo que se me distribuyó y que todo el mantenimiento, todas las reparaciones y piezas o artículos de repuesto son mi responsabilidad.
7. Que soy responsable de notificarle a la MSAA sobre todo cambio de cualquier nombre, dirección o teléfono que ocurran mientras poseo cualquier equipo proporcionado por la MSAA.
8. Que la información personal y médica que le he proporcionado voluntariamente a la MSAA puede ser utilizada o compartida para el único propósito de adquirir el servicio o beneficio que he solicitado. Entiendo que la política de la MSAA es mantener estrictamente la confidencialidad y seguridad de toda información personal.
9. Que debo consultar a mi médico antes de comenzar con cualquier programa o rutina de ejercicios o cambiarlos.

He leído, entendido y estoy de acuerdo con cada uno de los términos y las descripciones como se indicaron arriba:

Nombre: (con letra de molde o escrito a máquina): _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

PASO 4: FORMULARIO DE ADMISIÓN

Nota importante: La política de la MSAA es mantener estrictamente la confidencialidad y seguridad de toda la información personal y médica. La MSAA no compartirá su información a menos que sea necesario para adquirir un servicio o beneficio solicitado.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre: _____

Apellido: _____

Dirección postal: _____

Dirección de envío (si es distinta): _____

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

Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Compañero de atención primario: _____

Raza (por favor marque toda raza pertinente):

Indígena americano o nativo de Alaska

Hispano o Latino

Asiático o Isleño del Pacífico

Blanco o Indoeuropeo

Negro o Afroamericano

Otra: _____

Idioma primario (por favor seleccione uno):

Inglés Español Otro: _____

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

Familia o amigo

Proveedor médico

Búsqueda en internet

Medio de comunicación

Correo electrónico de la MSAA

Evento de la MSAA

Lista de correo para evento MSAA

Publicación de la MSAA

Sitio web de la MSAA

Otra organización de EM

Medios sociales

Solicitación

Folleto "Swim for MS"

Socio de "Swim for MS"

Compatibilidad de voluntarios

Si decide dejar de recibir la revista gratuita de la MSAA o sus correos electrónicos, seleccione:

No me envíen la revista *The Motivator*.

No me envíen los correos electrónicos de la MSAA.

INFORMACIÓN SOBRE LA EM

Clasificación de la EM (por favor seleccione una):

EM progresiva primaria

EM remitente recurrente

EM progresiva recurrente

EM progresiva secundaria

Incierta

Por favor haga una copia para su archivo

5 de 6

Revisado: 1/21

MSAA fax: 856-488-8257 MSAA tel.: (800) 532-7667

Año del diagnóstico: _____

Síntomas (por favor marque todo lo pertinente):

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

Problemas de movilidad:

- Siempre Moderado Ocasional Ninguno

¿Recibe terapia modificadora de la enfermedad (TME) para la EM en este momento?

- 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"/> Lemtrada® |
| <input type="checkbox"/> Mavenclad® | <input type="checkbox"/> Mayzent® | <input type="checkbox"/> Novantrone® | <input type="checkbox"/> Ocrevus™ | <input type="checkbox"/> Plegridy® |
| <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):

- Potenciales provocados IRM (MRI) del cerebro IRM (MRI) de la columna Punción lumbar

Médico familiar: _____ Teléfono: _____

Neurólogo: _____ Teléfono: _____

Ingreso familiar anual (estime la cantidad más cercana):

- | | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Menos de \$10,000 | <input type="checkbox"/> \$20,000 | <input type="checkbox"/> \$30,000 | <input type="checkbox"/> \$40,000 |
| <input type="checkbox"/> \$50,000 | <input type="checkbox"/> \$60,000 | <input type="checkbox"/> \$70,000 | <input type="checkbox"/> \$80,000 |
| <input type="checkbox"/> \$90,000 | <input type="checkbox"/> \$100,000+ | | |

Paso 5: Si tiene una copia de la nota de un doctor que confirma su diagnóstico de EM, inclúyala con esta solicitud. Si las restricciones para salir de su casa o llegar al consultorio del doctor presentan desafíos, entonces MSAA aceptará su confirmación de EM del **TÉRMINOS DE ACUERDO**.

Paso 6: Envíe la solicitud completada a la MSAA vía fax al 856-488-8257 o por correo a: MSAA, 375 Kings Highway North, Cherry Hill, NJ 08034