



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

**MULTIPLE SCLEROSIS  
ASSOCIATION OF AMERICA**

*Derribar barreras*

*Sembrar la esperanza*

## **PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE EQUIPO DE MSAA** **Solicitud de productos para seguridad, movilidad y actividades diarias**

Las personas que padecen de EM pueden tener dificultad con el equilibrio y la coordinación, la motricidad fina y la movilidad. El Programa de Distribución de Equipo de MSAA (MSAA Equipment Distribution Program) ofrece una selección de productos diseñados para mejorar la seguridad y facilitar el acceso y las actividades cotidianas. MSAA brinda sin cargo estos productos a las personas con esclerosis múltiple.

Muchos de los artículos que ofrecen a través de este programa están especialmente adaptados para atender a las necesidades de las personas con dificultades físicas. Muchos dispositivos de asistencia no cubiertos por este programa, como tapetes para bañera, duchas de mano, etc., se pueden encontrar a un precio razonable en la mayoría de las tiendas minoristas y centros de artículos para el hogar del país.

MSAA recomienda a los clientes que seleccionen los artículos cuidadosamente, de acuerdo con sus necesidades específicas, ya que las limitaciones establecidas rigen durante toda la membresía de la persona. Todas las selecciones son finales, no está permitido cambiar los artículos. Si tiene preguntas, llame al 800-532-7667.

Para recibir cualquiera de los artículos que se ofrecen en este programa, **debe completar** los pasos 1.º a 5.º y enviar todos los documentos requeridos a MSAA.

- 1.º paso** Complete el formulario de datos personales (en hoja aparte)
- 2.º paso** Complete la sección sobre requisitos de ingresos
- 3.º paso** Complete el formulario de solicitud de distribución de equipo
- 4.º paso** **Obtenga una receta o carta de su médico que verifique su diagnóstico de EM e inclúyala con esta solicitud**
- 5.º paso** Lea y firme el formulario de acuerdo sobre los términos del equipo

Las pautas de ingreso solo corresponden a los siguientes programas de MSAA: Equipos de Enfriamiento, Distribución de Equipo e Instituto de RM. MSAA recomienda a todas las personas interesadas que envíen el formulario de datos personales y se afilien. Esto les permitirá recibir la revista *The Motivator*, así como otras publicaciones y servicios.

**Complete y envíe las siguientes hojas a MSAA *junto con la nota de su médico que verifica su EM* así como el formulario de datos personales (en hoja aparte)**

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE DISTRIBUCIÓN DE EQUIPO

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### **REQUISITOS DE INGRESOS**

**Parte A.** El **INGRESO FAMILIAR ANUAL** se define como todos los salarios y demás ingresos percibidos declarados (p. ej., por discapacidad, pensión, manutención del cónyuge y de los hijos, etc.) el último año calendario por la persona con EM y su cónyuge o pareja que viva en el hogar.

Mi ingreso familiar anual es: \$\_\_\_\_\_.

El número total de personas que viven en mi hogar es: \_\_\_\_\_.

**Parte B.** Basándose en esta información, vea la siguiente tabla para ver si su ingreso se encuentra por debajo de la cantidad indicada. En ese caso, prosiga con la Parte C y continúe con la solicitud.

**Ejemplo:** María Sánchez tiene EM. Vive con su esposo y su hija. Por lo tanto, hay 3 personas en el hogar. El ingreso familiar anual es de \$46,000. Esto es menos que los \$57,270 indicados en la tabla para una familia de tres miembros, por lo tanto María cumple los requisitos.

### **Pautas de MSAA de ingreso familiar anual (basado en 3 veces el nivel federal de pobreza)**

Personas que viven en el hogar	Ingreso
1	\$33,510
2	\$45,390
3	\$57,270
4	\$69,150
5	\$81,030
6	\$92,910
7	\$104,790
8	\$116,670

#### **Parte C. Sírvase firmar abajo:**

Con mi firma abajo, yo (la/el solicitante) por la presente certifico que, según mi leal saber y entender, la información suministrada a MSAA es verdadera y exacta. También entiendo que MSAA tiene derecho a solicitar una verificación escrita de mis ingresos, de ser necesario, y a denegar esta solicitud si no se suministra la información solicitada y la firma o si el ingreso excede los límites.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Guárdese una copia de este formulario como constancia

2

Revisado: 2/13

# SELECCIÓN DE PRODUCTOS

Seleccione cuidadosamente los artículos, ya que **NO SE ACEPTAN CAMBIOS NI DEVOLUCIONES**. Además, solo **se permite UNA selección del Grupo A** –aunque seleccione algo menor o no seleccione nada del Grupo B–, sin excepciones.

## Grupo A:

Puede seleccionar **1** artículo de la siguiente lista. Marque la casilla correspondiente y seleccione cuidadosamente, ya que el límite indicado es su máximo para esta categoría.

Banco para entrar en la tina (**deslizante**)  
- peso máximo de 250 libras

Silla para ducha

Agarradera de seguridad para tina



Asiento elevado para inodoro

Andador con asiento y cuatro ruedas



## Grupo B:

Puede seleccionar **2** artículos de la siguiente lista. Marque la casilla correspondiente y seleccione cuidadosamente, ya que el límite indicado es su máximo para esta categoría.

Agarradera (16 pulg.)



Bastón de 4 patas (base pequeña)



Vaso con asas



Agarradera de seguridad



Juego de cubiertos fáciles de asir  
(cuchillo, tenedor y 3 cucharas)



Levantador de pierna



## Silla de ruedas manual:

Si le interesa obtener una silla de ruedas manual convencional a través de MSAA, debe primero consultar al Departamento de Servicios para los Clientes. El personal de MSAA le ayudará a determinar si cumple los requisitos para recibir una silla de ruedas manual por intermedio de otros recursos como, por ejemplo, un seguro privado, Medicare/Medicaid, otras organizaciones y servicios de apoyo.

Para comunicarse con nuestro personal de la Línea de Ayuda Telefónica, llame al 800-532-7667 o envíe un mensaje por correo electrónico a [clientservices@mysaa.org](mailto:clientservices@mysaa.org).

O bien, complete la siguiente información y un miembro del personal de Servicios para los Clientes se pondrá en contacto con usted.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

# FORMULARIO DE ACUERDO SOBRE LOS TÉRMINOS DEL EQUIPO DE MSAA

Al firmar abajo, yo (el/la receptor[a]) de este equipo entiendo y acepto:

1. Que Multiple Sclerosis Association of America, Inc (MSAA) no tiene obligación de proveerme ninguno de los equipos/artículos que he solicitado. MSAA retiene el derecho de tomar la determinación final con respecto a qué equipo entregar.
2. Que para ciertos equipos hay límites de tamaño y peso, por lo tanto MSAA no es responsable de adaptar para mí el equipo solicitado.
3. Que al recibir el equipo lo inspeccionaré y avisaré a MSAA si ha ocurrido algún problema o daño durante el envío.
4. Que liberaré y mantendré indemne a MSAA, sus funcionarios, empleados, representantes y miembros, de toda lesión o pérdida que pueda ocurrir a raíz del uso normal o indebido de los equipos/artículos provistos por MSAA.
5. Que el equipo que me fue entregado será exclusivamente mi responsabilidad, y que todo mantenimiento, reparación y reemplazo de piezas/artículos será mi responsabilidad.
6. Que soy responsable de notificar a MSAA sobre cualquier cambio de nombre, dirección o teléfono que ocurra mientras me encuentro en posesión de un equipo propiedad de MSAA.
7. Que la información personal y médica que he suministrado voluntariamente a MSAA puede usarse o compartirse con el único fin de adquirir el servicio o beneficio que he solicitado. Entiendo que la política de MSAA es mantener estrictamente confidencial y proteger toda la información personal.
8. **He leído, entiendo y acepto cada uno de los términos y descripciones aquí expresados:**

Nombre (en letra de imprenta o a máquina): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Si tiene alguna pregunta, llame a MSAA al 1-800-532-7667.**

- No olvide enviar todo por correo a MSAA**
- Un formulario de solicitud de solicitud de distribución de equipo
  - Un formulario de datos personales
  - **Una receta/carta de su médico que verifique su diagnóstico de EM**
  - Un formulario de acuerdo sobre los términos de entrega del equipo

Use el sobre adjunto o envíe por correo a:  
**MSAA**  
**706 Haddonfield Road**  
**Cherry Hill, NJ 08002**