

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.

Solicitud para productos de seguridad, movilidad y ejercicio / bienestar

Las personas con EM pueden tener problemas con el equilibrio y la coordinación, la motricidad fina y movilidad. El Programa de Distribución de Equipamiento de la MSAA ofrece a los clientes una selección de productos diseñados para mejorar la seguridad, la movilidad, las actividades de la vida diaria; junto con oportunidades de ejercicio/bienestar. La MSAA proporciona estos productos sin costo alguno a las personas con EM que cumplen con los requisitos para recibir asistencia.

¿Cómo califico y solicito?

- ✓ No ha recibido equipo de la MSAA en los últimos 3 años.
- ✓ Cumplir con el requisito de elegibilidad de ingresos.
- ✓ Complete el formulario de admisión.
- ✓ Al realizar la selección de productos, elija sólo 2 opciones.
- ✓ 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, Suite B,
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 declaración de impuestos más recientes. Su ingreso familiar reportado será comparado con la tabla a continuación para determinar la elegibilidad. MSAA utiliza Experian Health para verificar los niveles de ingresos como parte del proceso general de evaluación de elegibilidad.

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 nivel promedio de pobreza federal hasta el 300%)

Personas viviendo en el hogar	Ingresos
1	\$45,000
2	\$61,500
3	\$78,000
4	\$93,000
5	\$111,000
6	\$126,000
7	\$141,000
8	\$159,000

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 el Programa de Distribución de Equipos

Firma: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE ADMISIÓN

Nombre: _____

Apellido: _____

Dirección: _____

Dirección de envío (si es diferente): _____

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

Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Raza (Por favor, seleccione todo lo que corresponda):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Hispano o Latino | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar |
| <input type="checkbox"/> Asiático o Isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Blanco o Indoeuropeo | |
| <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano | <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 médico | <input type="checkbox"/> Redes sociales | <input type="checkbox"/> Evento de la MSAA |
| <input type="checkbox"/> Búsqueda en internet | <input type="checkbox"/> Publicación de la MSAA | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Otra organización de EM | <input type="checkbox"/> Correo electrónico de la MSAA | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Familia o amigo | <input type="checkbox"/> Sitio web de la MSAA | |

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Progresiva Primaria | <input type="checkbox"/> Remitente Recurrente |
| <input type="checkbox"/> Progresiva Secundaria | <input type="checkbox"/> Diagnóstico Incierto |
| <input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> No diagnosticado/
Sospecha de EM |

Año del diagnóstico: _____

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 borrosa |
| <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 síntomas |
| <input type="checkbox"/> Mareos o vértigo | <input type="checkbox"/> Entumecimiento | <input type="checkbox"/> Ninguno |

Problemas de movilidad:

- Siempre Moderado Ocasional 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"/> Briumvi® |
| <input type="checkbox"/> Copaxone® | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <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® | <input type="checkbox"/> Zunovo™ | | |

¿Cuándo empezó a tomar este medicamento? Fecha de inicio: _____

¿Cuáles pruebas se ha realizado? (Por favor, marque todo lo que corresponda):

- Potenciales evocados IRM (cerebro) IRM (columna) Punción lumbar

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

Nombre del cuidador: _____

SELECCIÓN DE PRODUCTOS

Por favor, Seleccione dos (2) productos 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



Sillas de ruedas manuales disponibles de forma limitada: si necesita una silla de ruedas manual estándar, llame al (800) 532-7667, ext. 142. La MSAA ayudará a determinar si es elegible para recibir asistencia a través de un seguro u otros recursos antes de la aprobación de la MSAA. Disponibilidad limitada.

TÉRMINOS DEL ACUERDO

Con mi firma a continuación, yo (el destinatario) de este equipo entiendo y acepto que:

1. La Asociación de Esclerosis Múltiple de América, Inc (MSAA) no está obligada a proporcionar ninguno o todos los equipos / artículos que he solicitado. MSAA se reserva el derecho de tomar la determinación final sobre qué equipo distribuir.
2. Algunos equipos están restringidos en tamaño y peso, por lo tanto, la MSAA no es responsable de modificar el equipo solicitado.
3. Al recibir el equipo, lo inspeccionaré y notificaré a MSAA sobre cualquier problema o daño que pueda haber ocurrido durante el envío.
4. Liberaré y eximiré de responsabilidad a MSAA, sus funcionarios, empleados, agentes y miembros de cualquier lesión o pérdida que pueda ocurrir por el uso o mal uso del equipo / artículos proporcionados por MSAA.
5. El equipo que se me distribuya pasará a ser de mi exclusiva responsabilidad, y todo el mantenimiento, las reparaciones y las piezas / elementos de reemplazo son mi responsabilidad
6. Soy responsable de notificar a MSAA sobre cualquier cambio de nombre, dirección, teléfono y correo electrónico para que puedan actualizar mi expediente.
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 que la política de MSAA es mantener estrictamente la confidencialidad y seguridad de toda la información personal.
8. Debo consultar a mi médico antes de comenzar o cambiar a cualquier programa o rutina de ejercicios.

Nombre: (Imprima o escriba a máquina): _____

Firma: _____ **Fecha:** _____