Sociedad
Nacional de
Esclerosis Múltiple

Estimado Miembro:

Gracias por su interés sobre unos de nuestros programas de crisis. El Capítulo de la Ciudad de Nueva York de La Sociedad Nacional de Esclerosis Múltiple tiene un programa de servicios para conseguirles a nuestros miembros un aire condicionado. Este programa se sostiene a través de donaciones.

El programa ha sido desarrollado para ayudar a la persona que no pueden tolerar el calor y que necesitan apoyo financiero para adquirir un airé condicionado. Los fondos son limitados y reservados para personas con necesidades económicas. Los miembros deben de estar dispuestos a contribuir fondos adicionales si el precio del aire condicionado excede el fondo disponible. Los miembros serán responsables por todos los costos de energía y de instalación.

Por favor reúna la siguiente información y envíela en el sobre incluido con nuestra dirección. *(Asegúrese de hacer copias para usted.)*

- ☐ Referencia Médica/receta de su médico especificando que usted tiene EM y que usted tiene intolerancia al calor.

- ☐ Complete la aplicación incluida con esta carta. **Aplicaciones incompletas serán devueltas.**

Yo lo llamaré por teléfono para confirmar que he recibido su aplicación.

Gracias,

Jo Ellen Zembruski-Ruple,CTRS
Directora, Servicios de Rehabilitación y Recreación

Sociedad
Nacional de
Esclerosis Múltiple

Fecha de la Solicitud: _____

Solicitud para el Programa de Financiamiento para Aire Condicionado

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad:_____, NY Código Postal:_____
Teléfono del hogar: ( )_____Celular:(___)_____
E-mail:_____
Fecha de Nacimiento: _____
Año en que usted fue diagnosticado con EM: _____

Número de personas que conviven con usted en su hogar/relación:
_____
Su neurólogo y hospital: _____
Seguro Médico: Medicare Medicaid Oxford HIP BCBS
Otro: _____
Estatus Financiero: Independiente SSI SSDI Discapacidad
Otro: _____

Ingreso Mensual del Hogar:
Sueldo: $_____
SSDI/Discapacidad: $_____
SSI: $_____
Desempleo: $ _____
Otro: $_____

Gastos Mensuales:

Renta: $_____
Gastos Médicos: $_____
Otro: $_____

Información Necesaria para el Aire Condicionado

Complete esta sección si su equipo está montado en la ventana
Tamaño del cuarto: Largo: _____ Ancho: _____Altura:_____
Apertura de la Ventana: Altura: _____ Ancho: _____
Capacidad del toma corrientes: 110 voltajes 220 voltajes
Exposición Solar: Completo Parcial Sombra

(Continua al otro lado)

Complete esta sección si su equipo está montado en la pared
Tamaño del cuarto: Largo: _____ Ancho: _____Altura:_____
Tamaño de la apertura en la pared: Largo: _____Ancho: _____
Altura: _____
Capacidad del toma corrientes: 110 voltajes 220 voltajes
Exposición Solar: Completo Parcial Sombra

Póliza del programa de aire condicionado:
Yo estoy de acuerdo que el aire condicionado comprado por el Capítulo de la Ciudad de Nueva York de la Sociedad de Esclerosis Múltiple es para mi uso. Yo estoy de acuerdo que yo no puedo venderlo o transferirlo a otra persona. Yo me hago responsable de los gastos de mantener el aire condicionado y los pagos de electricidad relacionado con el equipo. Yo estoy de acuerdo de todo lo anterior, por mi mismo y por mis herederos y administradores, renuncio y descargo todos los derechos y reclamaciones de daño que yo pueda tener contra el Capítulo de la Ciudad de Nueva York de la Sociedad de Esclerosis Múltiple y sus agentes y representativos por cualquier herida o enfermedad que pueda resultar en mi persona por el uso de este aire condicionado.

Firma: _____
Fecha: _____