Sociedad
Nacional de
Esclerosis Múltiple

Estimado Miembro:

Gracias por su interés sobre unos de nuestros programas de crisis. El Programa de Compra de Equipo del Capítulo de la Ciudad de Nueva York de La Sociedad Nacional de Esclerosis Múltiple se sostiene a través de donación y existe para ayudar a nuestros miembros a mantenerse independientes en su hogar y comunidad.

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 equipo excede el fondo disponible. No podemos proveer fondos para equipos que ya han sido comprados por un miembro.

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

- ☐ Referencia de su médico o su terapista/receta especificando el equipo que necesita
- ☐ Una factura del vendedor para el equipo que usted está solicitando que incluye: el nombre y la dirección del vendedor, una descripción del equipo y el costo
- ☐ La aplicación incluida con esta carta con toda la información requerida y firmada. Aplicaciones incompletas serán devueltas.

Yo lo llamaré por teléfono para completar el proceso de aplicación. Si desea hacerme alguna pregunta sobre el proceso puede llamarme al 212-463-7787 ext: 247.

Envié por correo la información detallada arriba al:
National MS Society, New York City Chapter
733 3rd Avenue, 3rd floor
New York, NY 10017-3288
O por fax al: 212-986-7981

Gracias,

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

Sociedad
Nacional de
Esclerosis Múltiple

El Programa para Equipo

El Programa para Equipo:

El uso de equipo especializado puede mejorar la calidad de vida de nuestros miembros. El equipo médico duradero (EMD) incluye aparatos, controles, o equipos específicos en el plan de cuidado médico que permiten a la persona aumentar su capacidad de realizar actividades diarias.

Si una persona necesita equipo especializado, EMD estándar, el capítulo le asignara una cantidad, hasta de $500.00. Si un miembro está comprando o reparando una silla de ruedas o un escúter, la cantidad aumentará a $750.00. El cheque se le dará directamente al proveedor. El capítulo no emitirá un cheque a la persona por el equipo que ya ha sido comprado. Se le pedirá a cada miembro que asuma la responsabilidad por un porcentaje del costo total que pueden pagar y todos los costos que superan la cantidad asignada por el capítulo.

Las Condiciones del Servicio

- Debe vivir en uno de los cinco condados de Nueva York.
- Debe ser un miembro del capítulo con el diagnóstico de EM documentado.
- Debe mostrar dificultad financiera para pagar el equipo.
- Debe tener una orden para el equipo firmada por un MD, NP, RN o personal auxiliar.

Las Responsabilidades del Capítulo

- Completar el formulario de servicios de crisis
- Educar al miembro sobre preguntas básicas del EMD
- Confirmar con el miembro la negación del seguro médico
- Solicitar una evaluación de necesidades a OT y/o PT, de ser necesario. La evaluación debe incluir capacidades físicas y recomendaciones del equipo y ser por escrito de las agencias que participan o de nuestros consultores del capítulo.
- Una copia del formulario permanecerá en el archivo del miembro.
- Asegurar que el servicio prestado este puesto electrónicamente en el archivo del miembro.
- Solicitar un cheque para ser pagado al proveedor por la compra del equipo.

Las Responsabilidades del Miembro

- Completar el formulario
- Obtener una orden para el equipo de MD, NP, o terapista calificado.
- Identificar los recursos para la compra, presentar una factura por el costo del equipo

Equipo médico duradero estándar (EMD) incluye pero no se limita a:

Silla, banco de baño
Provisiones ADL
Tablas de transferencia
Sillas de ruedas
Escúteres
Artículos recetados médicamente
Otros

Excluídos
Equipo de ejercicio
Grabadora
Bienes generales para el hogar

Sociedad
Nacional de
Esclerosis Múltiple

Solicitud de Financiamiento para el Programa de Rehabilitación

Nombre: _____
Dirección: _____
_____
Teléfono del hogar: ( )_____Celular:(___)_____
E-mail:_____
Fecha de Nacimiento: _____
Años con el diagnóstico de EM: _____ _____
Número de personas que conviven con usted en su hogar/relación:
_____
Año en que usted fue diagnosticado con EM: _____
Su neurólogo y hospital: _____
Seguro Médico: Medicare Medicaid Oxford HIP BCBS
Otro: _____
Estatus Financiero: Independiente SSI SSDI Discapacidad
Otro: _____
¿Usted ha solicitado que este servicio sea cubierto por su seguro médico?
Si_____ No_____

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

Gastos Mensuales:
Renta: $_____
Gastos Médicos: $_____
Teléfono: $_____
Otro: $_____

Artículo solicitado: _____
Cantidad de ayuda económica que necesita: $_____

(Continúa atrás)

Póliza del programa de equipos y modificaciones: Yo estoy de acuerdo que los equipos o modificaciones comprados para mí por el Capítulo de la Ciudad de Nueva York de la Sociedad de Esclerosis Múltiple es sólo para mi uso. Además, yo estoy de acuerdo que los equipos no pueden ser transferidos a otra persona ni vendidos por mí. Yo me hago responsable de los gastos de mantener el equipo. Cualquier gasto para los equipos que exceden la cantidad ofrecida por la Sociedad de EM será totalmente de mi responsabilidad.

Yo estoy de acuerdo, con lo establecido anteriormente, 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 equipo o modificación. Yo acepto la responsabilidad total para cualquier otro gasto relacionado con el uso de este equipo o modificación.

Firma: _____
Fecha: _____