



706 Haddonfield Road
Cherry Hill, NJ 08002
1-800-532-7667 Fax # 1-856-488-8257

**MULTIPLE SCLEROSIS
ASSOCIATION OF AMERICA**

www.msassociation.org
rpalacio@msassociation.org

Rompiendo barreras

Fomentando esperanza

PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE EQUIPO DE LA MSAA Solicitud de productos de uso personal

A los individuos que padecen de la EM les pueden afectar el equilibrio y la coordinación, habilidades motoras finas, y la movilidad. El Programa de distribución de equipo ofrece a los clientes una selección extensa de productos diseñados para mejorar la seguridad, el acceso, y las actividades de la vida diaria. La MSAA provee estos productos gratuitos a los individuos con EM.

La mayoría de los productos que se ofrecen en este programa han sido adaptados para acomodar las necesidades de personas con impedimentos. Los clientes tienen la oportunidad de elegir un equipo de entre tres categorías específicas: equipo de baño, productos de seguridad e independencia en el hogar y productos de asistencia para la vida diaria. Los equipos que no vienen incluidos en este programa, como los alcanzadores, tapetes de baño, mangueras para la ducha, etc., se pueden encontrar a costo razonable en la mayoría de las tiendas nacionales donde venden productos para el hogar.

La MSAA recomienda que los clientes elijan con cuidado y que piensen en sus necesidades ya que las limitaciones estarán en efecto durante toda la afiliación del cliente. Todas las selecciones son fijos—no se permiten cambios. Si tiene preguntas llame al 800-532-7667, Ext. 108.

Para recibir productos de este programa **tiene que cumplir** los pasos 1 a 5 y devolver todos los documentos requeridos a la MSAA.

- Paso 1** Rellene el Formulario de datos personales
- Paso 2** Rellene página de Elegibilidad de ingreso
- Paso 3** Rellene la Solicitud de distribución de equipo
- Paso 4** **Obtenga una prescripción del médico que verifica su diagnóstico de EM e inclúyala con esta solicitud**
- Paso 5** Lea y firme el Acuerdo de condiciones

Las pautas de ingreso sólo se aplican a los siguientes programas de la MSAA: Distribución de productos de enfriamiento, Distribución de equipo, Instituto de RM y el Fondo diagnóstico de RM. La MSAA aconseja a todos las personas interesadas a devolver el Formulario de información personal y hacerse socio. Esto les dará la oportunidad de recibir la revista *The Motivator*, las publicaciones y otros servicios.

Rellene y devuelva las páginas siguientes a la MSAA junto con una nota del médico que verifica su diagnostico de EM y el Formulario de datos personales

Nombre/apellidos: _____ Teléfono: (____) _____ Fecha: _____

Dirección: _____

ELEGIBILIDAD DE INGRESO

Parte A. INGRESO ANUAL DE FAMILIA se define como todo el ingreso de incapacidad/pensión de la persona con EM Y todo el ingreso de su esposo(a)/pareja durante el año calendario anterior. Ingresos de hijos adultos y/o mayores que viven en la casa se excluyen.

Mi ingreso anual de familia es: \$ _____.

El número de personas que viven en mi casa es: _____.

Parte B. Usando como referencia la información arriba, averigüe si su ingreso es menos que la cantidad en la tabla abajo. Si lo es siga con la Parte C de esta solicitud.

Ejemplo: Maria Sanchez tiene EM. Vive con su marido y su hija. De hecho hay tres personas en la casa. El Ingreso anual de la familia de Maria y su marido es \$46,000. Este ingreso es menos que \$52,800 (según la tabla abajo), así que ella es elegible.

**LA GUÍA DEL INGRESO ANUAL DE FAMILIA DE LA MSAA 2008
(Se basa en el 3x nivel federal de pobreza)**

Personas en la casa	Ingreso
1	\$31,200
2	\$42,000
3	\$52,800
4	\$63,600
5	\$74,400
6	\$85,200
7	\$96,000
8	\$106,800

La Parte C. Por favor firme abajo:

Al firmar abajo, yo (el/la que solicita los productos) certifico que la información brindada a la MSAA es correcta y verdadera a mi mejor conocimiento. También entiendo que la MSAA tiene el derecho de pedir verificación escrita del ingreso si se necesita y/o rechazar esta solicitud si la información requerida y la firma no se proveen o si el ingreso excede nuestras limitaciones.

Firma _____ Fecha: _____

LISTA DE PRODUCTOS

Por favor elija con cuidado ya que **NO HAY DEVOLUCIONES NI CAMBIOS**. Sólo se permite **una selección por categoría** – aún omitiendo una categoría. **No se permiten selecciones múltiples en cualquier categoría –sin excepciones.**

Equipo del baño:

Puede elegir **1** producto de la lista abajo. Por favor marque la caja correspondiente y haga su selección con cuidado ya que un producto es el límite para esta categoría.

- Banca de transferencia para baño (se desliza) - **capacidad de 250 libras**
- Banca de baño
- Agarradera de seguridad de la bañera
- Asiento elevado de excusado/inodoro
- Banca de baño con ruedas (**sólo para baño de ducha**)

Productos de seguridad e independencia en casa:

Puede elegir **1** producto de la lista abajo. Por favor marque la caja correspondiente y haga su selección con cuidado ya que un producto es el límite para esta categoría.

- Bastón—Quad (**base pequeña**)
- Barandales de cama
- Excusado/inodoro portátil
- Cojín de silla de ruedas
- Tabla de transferencia de silla de ruedas – **capacidad de 250 libras**
Elija uno: Madera Plástico
- Agarradera – 16”
- Cojín alzador eléctrico
- Agarradera de mano
- Mesa de cama de hospital

Productos de asistencia diaria:

Puede elegir **1** producto de la lista abajo. Por favor marque la caja correspondiente y elija con cuidado ya que hay un límite de dos productos para esta categoría.

- Gancho de botón
- Cuchillo en arco (Rocker T-Knife)
- Palo de vestir
- Tarro de beber
- Levantador de piernas
- Sostenes de calcetín
- Manilla de puerta
- Utensilios fáciles de agarrar (cuchillo, tenedor y 2 cucharas)
- Plato con borde alto

ACUERDO SOBRE LOS TÉRMINOS PARA EQUIPO DE LA MSAA

Con mi firma, yo, el/la solicitante de este equipo, afirmo que entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Que la Asociación Americana de Esclerosis Múltiple (MSAA, por sus siglas en inglés) no está obligada a proveer ningún aparato/equipo que yo solicite. La MSAA mantiene el derecho de hacer la determinación final en cuanto a la distribución de los equipos.
2. Que cierto equipo está restringido debido a la talla y peso del usuario, por lo que la MSAA no se hace responsable ni está obligada a medirme para dispensarme el equipo.
3. Que apenas reciba el equipo lo inspeccionaré y avisaré a la MSAA de inmediato si encuentro algún problema o daño que haya podido ocurrir durante el envío.
4. Que consideraré a la MSAA, oficiales, empleados, agentes y miembros libres de toda y cualquier demanda por daños, perjuicios o pérdidas que resulten del uso del equipo/aparato que provee la MSAA.
5. Que yo seré el/la único/a responsable del equipo que se me envíe, y que el mantenimiento, las reparaciones, y reemplazos (como de las baterías) serán mi responsabilidad.
6. Que soy responsable de avisar a la MSAA de cualquier cambio de nombres, dirección o teléfonos que se puedan presentar mientras tenga yo este aparato (perteneciente a la MSAA) en mi poder.
7. Que toda información personal y médica que he provisto voluntariamente a la MSAA puede ser utilizada o compartida con el único propósito de adquirir servicios o beneficios que ahora solicito. Entiendo que la política de la MSAA es mantener absolutamente la confianza y seguridad en cuanto a mi información personal.
8. **Afirmo haber leído y comprendido, y estoy de acuerdo con cada uno de los términos descritos arriba:**

Nombre: (Escriba a mano o a máquina) _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a la MSAA 1-800-532-7667, ext. 108

No olvide enviar todo a la MSAA

- **Solicitud de productos de uso personal**
- **El formulario de información personal**
- **Una prescripción/carta del médico que verifica su diagnóstico de EM**
- **El Acuerdo sobre los términos de equipo**

Use el sobre y envíelo a: MSAA

706 Haddonfield Rd., Cherry Hill, NJ 08002

Formulario de información personal de la MSAA

Es usted un:

Individuo con EM Socio en cuidado Médico Trabajador social

Trabajador de salud Amigo/Familiar de un individuo con EM Otro/a

Nombre/apellidos _____

Dirección _____

Ciudad

Condado

Estado

Código Postal

Fecha de nacimiento _____ Mujer Hombre Estado civil _____

Tel. de casa _____ Tel. de trabajo _____ Celular _____

Fax _____ Correo electrónico _____

La entrega de este formulario le permite solicitar todos los programas y servicios de la MSAA y recibir una suscripción gratis y continua a la revista trimestral, *The Motivator*. Si no desea recibir *The Motivator* por favor indíquelo abajo.

No deseo recibir la revista trimestral de la MSAA, *The Motivator*. No deseo recibir correos electrónicos de la MSAA.

¿Cómo se enteró de la MSAA?

Neurólogo

Profesional de servicios sociales

Llamada de recaudación de fondos

Carta de recaudación de fondos

Otros proveedores de sanidad

Otras organizaciones de EM

Médico de cabecera

Publicación de la MSAA

Evento de la MSAA

Compañía farmacéutica

Medios de comunicación

Voluntario

The Motivator

Internet

Guía telefónica

Cliente de la MSAA

Amigo/a o familia

No recuerdo

Para pedir ayuda en rellenar este formulario o para conseguir más información sobre los programas y servicios de la MSAA, por favor llame a un asesor al 1-800-532-7667, Ext. 108.

Punto importante:

La póliza de la MSAA es mantener absolutamente la confianza y la seguridad de toda la información médica y personal. MSAA usará la información médica y personal, que se ha provisto voluntariamente, con el sólo propósito de ayudar a adquirir los servicios o beneficios pedidos. MSAA no compartirá los nombres o ninguna información de salud que identifique al individuo al menos que sea necesario para adquirir un servicio o beneficio pedido.

Formulario de información personal - (Continuado)

Para individuos con EM por favor rellene lo siguiente:

Clasificación de EM: Benigna Secundaria-progresiva Primaria-progresiva
 Relapso-remitente Progresiva-remitente Diagnóstico no muy claro

Año en que le diagnosticaron: _____

Otras condiciones: _____

Uso de silla de ruedas: ningún esporádico moderado siempre

Artículos de asistencia: bastón muletas andador scooter
 otro _____

Síntomas (marque todas las que se experimenta)

<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Dificultad en resolver problemas	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga	<input type="checkbox"/> Dolor
<input type="checkbox"/> Entumecimiento	<input type="checkbox"/> Problemas con evacuar	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
<input type="checkbox"/> Malestar por ardor	<input type="checkbox"/> Espasmos musculares	<input type="checkbox"/> Dificultad del habla
<input type="checkbox"/> Vista nublada	<input type="checkbox"/> Tensión muscular	<input type="checkbox"/> Dificultad en tragar
<input type="checkbox"/> Pérdida de la vista	<input type="checkbox"/> Debilidad en general	<input type="checkbox"/> Temblor
<input type="checkbox"/> Dificultad del equilibrio	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor	<input type="checkbox"/> Pérdida de la coordinación
<input type="checkbox"/> Pesadez de las piernas	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío	<input type="checkbox"/> Otros síntomas
<input type="checkbox"/> Mareos/vértigo		
<input type="checkbox"/> Pérdida de memoria/atención		

Los análisis que se han hecho: RM (del cráneo) RM (médula cervical) RM (médula lumbar)
 RM (médula torácica) líquido cefalorraquídeo Potenciales evocados

Medicamento de EM que usa: Avonex® Betaseron® Copaxone® Novantrone® Rebif®
 Tysabri® Otro _____

¿Está Ud. actualmente participando en un ensayo clínico? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor indique el lugar del ensayo: _____

<p>Origen étnico: (optativo)</p> <input type="checkbox"/> Indígena Americano/a o Nativo/a de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Afroamericana/a <input type="checkbox"/> Chicano o Mejicano-americano <input type="checkbox"/> Hispano/a o Latino/a <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o Isleño/a Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> De otro (por favor especifique) _____	<p>Ingreso anual (para la familia que vive en el domicilio primario)</p> <input type="checkbox"/> Menos que \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,001 a \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,001 a \$30,000 <input type="checkbox"/> \$30,001 a \$40,000 <input type="checkbox"/> \$40,001 a \$50,000 <input type="checkbox"/> \$50,001 a \$60,000 <input type="checkbox"/> \$60,001 a \$70,000 <input type="checkbox"/> \$70,001 a \$80,000 <input type="checkbox"/> \$80,001 a \$90,000 <input type="checkbox"/> \$90,001 a \$100,00 <input type="checkbox"/> Más de \$100,000
---	--