



# SPINA BIFIDA ASSOCIATION OF GREATER NEW ENGLAND

## Formulário de Requisição do Benefício Anual 2022 Benefício Máximo para 2022 - \$250

Requerente: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Pai/Mãe/Responsável (se aplicável): \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip (CEP): \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Para o **AVISO OFICIAL**, acesse [www.SBAGreaterNE.org](http://www.SBAGreaterNE.org) Para perguntas, escreva para Jean Bertschmann no e-mail [JBertschmann@SBAGreaterNE.org](mailto:JBertschmann@SBAGreaterNE.org) ou ligue para 1-888-479-1900.

Reembolso por: \_\_\_\_\_

Valor do cheque a ser pago ao provedor, conforme fatura anexa: \$ \_\_\_\_\_

Cheque nominal a:

Endereço de correspondência:

Valor solicitado neste formulário: \$ \_\_\_\_\_

*Ao assinar abaixo, afirmo o seguinte:*

- *Todas as informações dadas são verdadeiras e precisas.*
- *As informações de contato acima são precisas.*
- *Sou membro da SBAGNE.*
- *O(A) beneficiário(a) tem espinha bífida e a documentação foi dada por um(a) médico(a). As distribuições não serão feitas até que a documentação seja disponibilizada. Declaração de deficiência redigida por um(a) médico(a), incluindo endereço e número de telefone do(a) médico(a). Se você deu essas informações nos anos anteriores, a SBAGNE as possui em arquivo, assim elas não são obrigatórias. Não é necessário um histórico médico detalhado.*
- *O(A) candidato(a) reside na área de serviço da SBAGNE.*
- *Caso parte do formulário esteja deficiente ou haja dúvida sobre a residência, a SBAGNE reserva-se o direito de esclarecer e/ou solicitar informações adicionais para conceder os benefícios.*

X \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) requerente ou do(a) pai/mãe/responsável

Enviar formulário completo por correio, fax ou e-mail para:

Correio: **SBAGNE**  
219 East Main St, Suite 100B  
Milford, MA 01757

Fax: 508-482-5301  
E-mail: [jbertschmann@SBAGreaterNE.org](mailto:jbertschmann@SBAGreaterNE.org)