



SPINA BIFIDA ASSOCIATION OF GREATER NEW ENGLAND

Solicitud de Empoderamiento Anual 2022 Beneficio total máximo para 2022: \$250

Solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Representante/Tutor (si corresponde): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Para la **PUBLICACIÓN OFICIAL**, favor ingresar a www.SBAGreaterNE.org Si hay alguna **pregunta**, favor enviar un correo electrónico a Jean Bertschmann a JBertschmann@SBAGreaterNE.org o llamar a nuestra oficina, al 1-888-479-1900.

Reembolso por concepto de: _____

Cheque pagadero al proveedor en la factura adjunta, por la cantidad de \$ _____

Emitir el cheque a nombre de:

Dirección postal:

Monto solicitado en esta solicitud: \$ _____

Al firmar a continuación, afirmo lo siguiente:

- *Toda la información proporcionada es verdadera y fidedigna.*
- *La información de contacto suministrada es correcta.*
- *Soy miembro de SBAGNE.*
- *El beneficiario tiene espina bífida y la documentación la proporciona un médico. No se realizará ninguna distribución hasta que se haya proporcionado la documentación.* Declaración de discapacidad por parte del médico, incluida la dirección y el número de teléfono del médico. Si usted ha proporcionado esta información en años anteriores, SBAGNE la tiene en sus expedientes y no es necesaria. *No se necesita un historial médico detallado.*
- *El solicitante reside en el área de servicio de SBAGNE.*
- *Si falta algo en alguna parte de la solicitud o si existe alguna duda en cuanto a la residencia, SBAGNE se reserva el derecho de pedir aclaración y/o solicitar información adicional para obtener los beneficios.*

X _____

Fecha: _____

Firma del solicitante o representante/tutor

Enviar la solicitud completa por correo, fax o correo electrónico a:

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

Fax: 508-482-5301
Correo electrónico: jbertschmann@SBAGreaterNE.org