



SPINA BIFIDA ASSOCIATION OF GREATER NEW ENGLAND

POSTAGEM OFICIAL BENEFÍCIO DE EMPODERAMENTO *SBAGNE* 2023

Quem se qualifica?

O Benefício de Empoderamento está disponível para qualquer membro da Associação de Espinha Bífida da Grande Nova Inglaterra (“SBAGNE”) com espinha bífida.

Qual o valor do benefício?

- O valor, a quantidade disponível e as qualificações para o ano civil serão determinados pelo Conselho Diretor da **SBAGNE** na Reunião Anual do ano anterior. Os benefícios serão determinados pelo Conselho de Administração com base na proposta de orçamento para cada ano civil e serão determinados pela situação financeira da **SBAGNE**. Os benefícios, conforme determinado pelo Conselho de Diretores, devem estar expressos no Formulário de Empoderamento Anual, revisado em cada ano civil.
- Como os benefícios estão disponíveis para cada jovem ou membro com espinha bífida, uma família com mais de um jovem ou membro com espinha bífida pode solicitar um benefício para cada membro com espinha bífida.
- A **SBAGNE** reserva-se o direito de revisar esta política anualmente de acordo com a mudança de sua posição financeira.

Para obter uma cópia do AVISO OFICIAL e/ou do FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO acesse www.sbaGreaterNE.org.

Caso tenha **perguntas**, escreva para Jean Bertschmann no e-mail jbertschmann@sbagreaterne.org ou ligue para o número 1-888-479-1900.

Que tipos de despesas o benefício cobre?

O benefício deve ser utilizado para reembolso de equipamento adaptativo; equipamentos de acampamento, esportes adaptativos e recreação; suprimentos urológicos para indivíduos com mais de 3 anos; equipamento médico durável e tecnologia assistiva.

Quando devo requerer os benefícios?

As inscrições serão analisadas mensalmente. **O programa de 2023 estará disponível aos membros até que os recursos se esgotem.**

Distribuição dos benefícios:

Nosso objetivo é permitir que cada candidato(a) aprovado(a) receba um benefício. Para 2023, cada indivíduo pode solicitar um benefício anual máximo de \$250. O benefício pode ser distribuído em quantias menores ao longo do ano, se necessário, até um máximo de \$250.

Situações emergenciais poderão ser consideradas a critério da diretoria da SBAGNE. Entre em contato com Jean Bertschmann para obter mais informações.

Como solicito os benefícios?

O(A) requerente precisa fazer o seguinte, caso contrário a requisição não será aprovada:

1. Se você ainda não for um membro da **SBAGNE**, acesse este link para preencher um cadastro: <https://sbagreaterne.org/news-events/become-a-member/>
2.

É gratuito tornar-se membro da SBAGNE.
3. Preencha um formulário de requisição oficial da **SBAGNE**:
<https://sbagreaterne.org/empowerment-benefit-program/>
4. Dê uma declaração de deficiência redigida por um(a) médico(a), incluindo o 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.
5. Apresente os **comprovantes de despesas cobertas pelo benefício**:
 - a. O(A) requerente apresenta, antes do recebimento do item ou serviço, uma fatura de uma despesa elegível que deseja que seja paga pelo seu benefício. Assim que esses recibos forem recebidos e aprovados, a SBAGNE emitirá um cheque diretamente ao terceiro para a despesa.
 - b. Se o(a) requerente estiver solicitando reembolso das despesas reembolsáveis permitidas, todos os recibos deverão ser apresentados junto à requisição.

A SBAGNE prefere pagar os fornecedores diretamente. O indivíduo/A família receberá uma cópia do pagamento feito.

Ações da SBAGNE:

- A. A. Após o recebimento, o(a) Diretor(a) Executivo(a) irá:
 - i. Revisar a requisição do acordo com as diretrizes atuais;
 - ii. Se estiver incompleta, a ED enviará uma carta ao(à) requerente e aguardará uma nova resposta para completar o requerimento.
- B. B. Conforme a aprovação de uma requisição, o(a) Diretor(a) Executivo(a) irá:
 - i. Enviar o pagamento direto ao fornecedor com uma cópia da correspondência para o(a) requerente/seus responsáveis.
 - ii. Se o pedido for negado, uma carta com os motivos específicos deve ser enviada ao(à) requerente no prazo de 5 dias úteis. O(A) requerente pode enviar uma requisição complementar.
 - iii. Se for solicitado reembolso, um cheque será enviado ao(à) requerente.
- C. A SBAGNE não impede nenhum residente da região de Nova Inglaterra de se candidatar aos benefícios, a menos que o(a) candidato não tenha espinha bífida.



SPINA BIFIDA ASSOCIATION OF GREATER NEW ENGLAND

Formulário de Requisição do Benefício Anual 2023 Benefício Máximo para 2023 - \$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 Para perguntas, escreva para Jean Bertschmann no e-mail 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