

SPINA BIFIDA ASSOCIATION OF GREATER NEW ENGLAND

PUBLICACIÓN OFICIAL BENEFICIO DE EMPODERAMIENTO DE *SBAGNE* 2023

¿Quién califica?

La Subvención de Beneficio de Empoderamiento está disponible para cualquier persona con espina bífida que sea miembro de la Asociación de Espina Bífida de Greater New England (“*SBAGNE*”).

¿A cuánto asciende el beneficio?

- La Junta Directiva de *SBAGNE* determinará la cantidad, el número disponible y las condiciones para calificar para un año calendario durante la Reunión Anual del año anterior. La Junta Directiva determinará los beneficios con base en el presupuesto propuesto para cada año calendario, de acuerdo con la situación financiera de *SBAGNE*. Los beneficios determinados por la Junta Directiva se reflejarán en la Solicitud de Empoderamiento Anual que se revisa cada año calendario.
- Debido a que los beneficios están disponibles para cada joven o miembro con espina bífida, una familia que tenga más de un joven o miembro con espina bífida puede solicitar una subvención para cada uno de los miembros que tienen espina bífida.
- *SBAGNE* se reserva el derecho de revisar anualmente esta política de acuerdo con su situación financiera, la cual es variable.

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.

¿Qué tipo de gastos califican?

El beneficio deberá utilizarse para reembolso de pagos de equipos adaptativos; campamento, deportes adaptados y equipos de recreación; suministros urológicos para mayores de 3 años; equipos médicos duraderos y tecnología de asistencia.

¿Cuándo debo solicitar los beneficios?

Las solicitudes se revisarán de forma continua. **El programa 2023 estará disponible para los constituyentes hasta que se agoten todos los fondos.**

Distribución de beneficios:

Nuestro objetivo es que cada uno de los solicitantes que se aprueben reciban su correspondiente beneficio de subvención. Para el año 2023, cada individuo puede solicitar un beneficio anual máximo de \$250. La subvención podría distribuirse en cantidades más pequeñas durante el transcurso del año, si es necesario, hasta un máximo de \$250.

Las situaciones de emergencia podrán ser consideradas a criterio de la Junta Directiva de la SBAGNE. Póngase en contacto con Jean Bertschmann para obtener información adicional.

¿Cómo solicito los beneficios?

El solicitante debe hacer lo siguiente, o la solicitud no será aprobada:

1. Si usted aún no es miembro de **SBAGNE**, siga este enlace para completar el formulario de membresía: <https://sbagreaterne.org/news-events/become-a-member/>

2.

No hay ningún costo asociado con la membresía de SBAGNE.

3. Proveer una declaración de discapacidad por parte del médico, incluida la dirección y el número de teléfono del médico. Si usted ya ha proporcionado esta información en años anteriores, **SBAGNE** la tiene en sus expedientes y no es necesaria. *No se necesita un historial médico detallado.*

4. Complete la solicitud a continuación.

5. Proporcione prueba de los gastos elegibles:

a. El solicitante proporciona, antes de recibir el artículo o servicio, una factura por un gasto elegible que desea que pague su beneficio. Una vez estos recibos ya aprobados y recibidos, SBAGNE extenderá un cheque directamente al tercero por el gasto.

b. Si el solicitante está solicitando un reembolso de alguno de los gastos de bolsillo que se permiten, todos los recibos deben presentarse con la solicitud.

SBAGNE prefiere pagar directamente a los proveedores externos. El individuo y/o la familia recibirán una copia del pago.

Acciones de SBAGNE:

A. Una vez recibida, el Director Ejecutivo:

i. Revisará la solicitud de acuerdo con los lineamientos actuales;

ii. Si la solicitud está incompleta, el Director Ejecutivo enviará una carta al solicitante y esperará su respuesta para volver a tratar de completar la solicitud.

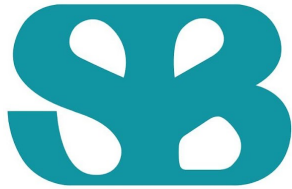
B. Una vez aprobada la solicitud, el Director Ejecutivo:

i. Enviará el pago directamente al proveedor, con una copia de dicha correspondencia a la persona y/o su representante/tutor.

ii. Si se rechaza la solicitud, se deberá enviar una comunicación por correo al solicitante, con las razones específicas del rechazo, en el transcurso de 5 días hábiles. El solicitante podrá volver a enviar una solicitud, siempre y cuando cumpla con los lineamientos necesarios.

iii. Si se está solicitando un reembolso, se enviará un cheque al miembro.

C. **SBAGNE** no excluye a nadie de nuestra área de New England para solicitar beneficios, a menos que el solicitante no tenga espina bífida.



SPINA BIFIDA ASSOCIATION OF GREATER NEW ENGLAND

Solicitud de Empoderamiento Anual 2023 Beneficio total máximo para 2023: \$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:

Cantidad solicitado en esta solicitud: \$ _____

Al firmar a continuación, afirmo lo siguiente:

- *Toda la información proporcionada es verdadera y correcta.*
- *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: *Spina Bifida Association of Greater New England* Fax: 508-482-5301
P.O. Box 681 Email: jbertschmann@SBAGreaterNE.org
Natick, MA 10760