



# SPINA BIFIDA ASSOCIATION OF GREATER NEW ENGLAND

## POSTAGEM OFICIAL BOLSA DE CAPACITAÇÃO SBAGNE 2024

### Quem se qualifica?

O Subsídio de Empoderamento está disponível para **qualquer membro** da Spina Bifida Association of Greater New England ("SBAGNE") **com espinha bífida**.

### Quanto é o subsídio?

- O valor da subvenção, o número disponível e os critérios para cada ano civil serão determinados pelo Conselho de Administração na Reunião Anual do ano anterior. A determinação será baseada na proposta orçamentária para cada ano-calendário e na situação financeira da organização. O montante e os critérios da subvenção, tal como determinados pelo Conselho de Administração, devem ser refletidos no Pedido Anual de Subvenção de Habilitação revisto para cada ano civil.
- Uma família com mais de um jovem ou adulto com espinha bífida pode candidatar-se a uma bolsa **para cada membro com espinha bífida**.
- A bolsa máxima para 2024 é de US\$ 250/pessoa com espinha bífida.

### Que tipos de despesas se qualificam?

A prestação será utilizada para pagar ou reembolsar o pagamento de:

- equipamentos adaptativos
- atividade de advocacia
- tecnologia assistiva
- Equipamentos ou suprimentos médicos duráveis
- atividade educativa
- Atividade de empoderamento
- atividade e/ou equipamento recreativo
- Atuação social
- suprimentos urológicos para indivíduos com mais de 3 anos de idade

### Quando devo me inscrever?

As candidaturas serão analisadas de forma contínua. O programa de 2024 estará disponível para todos os membros elegíveis da SBAGNE até que todos os fundos sejam esgotados.

### Distribuição das subvenções:

Nosso objetivo é permitir que cada candidato aprovado receba um prêmio de subvenção. Para 2024, cada indivíduo pode se candidatar a um **prêmio anual máximo** de US\$ 250. O prêmio de subsídio **pode ser distribuído em valores menores ao longo do ano**, se necessário, até um máximo de US \$ 250.

### **Como faço para me candidatar a uma bolsa?**

O candidato deverá fazer o seguinte *ou a inscrição não será aprovada*:

1. Se você ainda não é membro da SBAGNE, solicitamos que preencha um formulário de associação. Não há custo para se tornar um membro da SBAGNE.

Por favor, siga este link para participar: <https://sbagreaterne.org/news-events/become-a-member/>

2. Preencha o requerimento abaixo.
3. Forneça uma fatura ou recibo para despesas qualificadas. A SBAGNE prefere pagar fornecedores terceirizados diretamente sempre que possível.
  - a. Para solicitar o pagamento direto pela SBAGNE a um fornecedor terceirizado, forneça uma fatura do fornecedor, incluindo instruções de pagamento, endereço da organização e informações de contato. Após a aprovação da inscrição, a SBAGNE pagará diretamente ao fornecedor e fornecerá ao solicitante uma cópia do recibo de pagamento de seus registros.
  - b. Se o requerente estiver solicitando o reembolso de despesas permitidas do próprio bolso, todos os recibos devem ser apresentados junto com o pedido. Após a aprovação da inscrição, a SBAGNE enviará um cheque ao candidato.
  - c. Se o fornecimento de uma fatura ou recibos como parte do pedido representar uma barreira para o seu pedido, entre em contato com o Diretor Executivo para discutir.

### **O que é o processo de revisão?**

A. Após a recepção de cada pedido:

- O Diretor Executivo analisará o pedido de acordo com as diretrizes atuais;
- Se estiver incompleto, o Diretor Executivo comunicará ao requerente quais os componentes do pedido em falta e aguardará uma resposta adicional para concluir o pedido.
- Se o pedido for negado, o diretor executivo comunicará ao requerente os motivos específicos da recusa. O requerente pode voltar a apresentar um pedido revisto.

B. Após a aprovação da candidatura, o diretor executivo:

- Enviar o pagamento direto para o fornecedor terceirizado com uma cópia do recibo para o solicitante.
- Se o reembolso for solicitado, enviará um cheque para o candidato.

C. *A SBAGNE* não exclui nenhum membro da área da Nova Inglaterra de se candidatar a uma bolsa de capacitação, a menos que o candidato não tenha espinha bífida.

### **Perguntas?**

Entre em contato com Jean Bertschmann, Diretor Executivo, ad [JBertschmann@SBAGreaterNE.org](mailto:JBertschmann@SBAGreaterNE.org), ligação gratuita: (888)479-1900, ou celular: (774)287-2988.



## SPINA BIFIDA ASSOCIATION OF GREATER NEW ENGLAND

### Pedido Anual de Subsídio de Capacitação 2024

#### **POR FAVOR, ESCREVA DE FORMA LEGÍVEL!**

**Candidato:** \_\_\_\_\_ **Data de nascimento:** \_\_\_\_\_

**Pais/Responsáveis (se aplicável):** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Cidade:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Nada:** \_\_\_\_\_

**Telefone (celular preferido):** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

**Língua principal falada:** \_\_\_\_\_

**Valor solicitado (máximo anual = \$250):** \$ \_\_\_\_\_

#### **Tipo de concessão solicitado:**

- equipamentos adaptativos
- atividade de advocacia
- tecnologia assistiva
- Equipamentos ou suprimentos médicos duráveis
- atividade educativa
- Atividade de empoderamento
- atividade e/ou equipamento recreativo
- Atuação social
- suprimentos urológicos para indivíduos com mais de 3 anos de idade

#### **Tipo de pagamento solicitado:**

- Pagamento direto ao fornecedor/fornecedor (fatura com método de pagamento, endereço do fornecedor e informações de contato necessárias)  
Pague para: \_\_\_\_\_  
Site ou endereço postal: \_\_\_\_\_
- Reembolso ao requerente (recibos necessários)  
Pague para: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_

**Descreva especificamente para que servirá a subvenção:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Opcional:**

- Enviarei ao Diretor Executivo uma foto do beneficiário utilizando o prêmio de bolsa para a SBAGNE compartilhar publicamente.
- Enviarei ao Diretor Executivo uma declaração por escrito sobre o impacto deste prêmio de subvenção no beneficiário para a SBAGNE compartilhar publicamente.

**Assinando abaixo, afirmo o seguinte:**

- **O candidato é membro da SBAGNE.**
- **As informações de contato acima são precisas.**
- **É anexada uma fatura para pagamento ou recibos para reembolso.**
- **O beneficiário da bolsa tem espinha bífida.**
- **O beneficiário da bolsa reside na área de serviço da SBAGNE.**
- **Se uma parte do pedido for deficiente ou se houver uma questão de residência, a SBAGNE reserva-se o direito de esclarecer e/ou solicitar informações adicionais sobre os benefícios.**
- **Todas as informações fornecidas são verdadeiras e precisas.**
- **Qualquer foto, vídeo, link ou declaração que eu optar por fornecer retratando o uso ou o impacto do prêmio de concessão será compartilhado publicamente pela SBAGNE.**

X \_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente ou dos Pais/Tutores

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

**Envie a inscrição preenchida por correio ou e-mail para:**

Correio: *Associação Spina Bífida da Grande Nova Inglaterra*  
Caixa Postal 681 Email:  
[jbertschmann@SBAGreaterNE.org](mailto:jbertschmann@SBAGreaterNE.org)  
Natick, MA 01760