



SPINA BIFIDA ASSOCIATION OF GREATER NEW ENGLAND

PUBLICACIÓN OFICIAL BECA DE EMPODERAMIENTO SBAGNE 2024

¿Quién califica?

La Beca de Empoderamiento está disponible para **cualquier miembro** de la Asociación de Espina Bífida del Área Metropolitana de Nueva Inglaterra ("**SBAGNE**") con **espina bífida**.

¿A cuánto asciende la subvención?

- El monto de la subvención, el número disponible y los criterios para cada año calendario serán determinados por la Junta Directiva en la Reunión Anual del año anterior. La determinación se basará en el presupuesto propuesto para cada año calendario y en la situación financiera de la organización. El monto y los criterios de la subvención, según lo determine la Junta Directiva, se reflejarán en la Solicitud Anual de Subvención de Empoderamiento revisada para cada año calendario.
- Una familia con más de un joven o adulto con espina bífida puede solicitar un subsidio **por cada miembro con espina bífida**.
- La subvención máxima para 2024 es de \$250 por persona con espina bífida.

¿Qué tipo de gastos califican?

La prestación se utilizará para pagar o reembolsar el pago de:

- Equipos de adaptación
- Actividad de promoción
- Tecnología de asistencia
- Equipos o suministros médicos duraderos
- Actividad educativa
- Actividad de empoderamiento
- Actividad y/o equipo recreativo
- Actividad social
- Suministros urológicos para mayores de 3 años

¿Cuándo debo solicitarlo?

Las solicitudes se revisarán de forma continua. El programa de 2024 estará disponible para todos los miembros elegibles de SBAGNE hasta que se agoten todos los fondos.

Distribución de las subvenciones:

Nuestro objetivo es permitir que cada solicitante aprobado reciba una subvención. Para 2024, cada persona puede solicitar una subvención anual máxima de \$250. La concesión de la subvención **puede distribuirse en cantidades más pequeñas a lo largo del año**, si es necesario, hasta un máximo de \$250.

¿Cómo solicito una subvención?

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

1. Si aún no es miembro de SBAGNE, le solicitamos que complete un formulario de membresía. No hay ningún costo para convertirse en miembro de SBAGNE.

Siga este enlace para unirse: <https://sbagreaterne.org/news-events/become-a-member/>

2. Complete la solicitud a continuación.
3. Proporcione una factura o recibo de los gastos elegibles. SBAGNE prefiere pagar directamente a los proveedores externos siempre que sea posible.
 - a. Para solicitar el pago directo por parte de SBAGNE a un proveedor externo, proporcione una factura del proveedor, incluidas las instrucciones de pago y la dirección de la organización y la información de contacto. Una vez aprobada la solicitud, SBAGNE pagará directamente al proveedor y proporcionará al solicitante una copia del recibo de pago para sus registros.
 - b. Si el solicitante está solicitando el reembolso de los gastos de bolsillo permitidos, todos los recibos deben presentarse con la solicitud. Una vez aprobada la solicitud, SBAGNE enviará un cheque por correo al solicitante.
 - c. Si proporcionar una factura o recibos como parte de la solicitud presenta un obstáculo para su solicitud, comuníquese con el Director Ejecutivo para discutirlo.

¿Cuál es el proceso de revisión?

A. Al recibir cada solicitud:

- El Director Ejecutivo examinará la solicitud de conformidad con las directrices vigentes;
- Si está incompleta, el Director Ejecutivo comunicará al solicitante qué componentes de la solicitud faltan y esperará una respuesta adicional para completar la solicitud.
- Si la solicitud es denegada, el Director Ejecutivo comunicará al solicitante las razones específicas de la denegación. El solicitante puede volver a presentar una solicitud revisada.

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

- Envíe el pago directo al proveedor externo con una copia del recibo al solicitante.
- Si se solicita un reembolso, se enviará un cheque por correo al solicitante.

C. **SBAGNE** no excluye a ningún miembro del área de Nueva Inglaterra de solicitar una subvención de empoderamiento a menos que el solicitante no tenga espina bífida.

¿Preguntas?

Póngase en contacto con Jean Bertschmann, Director Ejecutivo, ad JBertschmann@SBAGreaterNE.org, al número gratuito: (888)479-1900, o al celular de la oficina: (774)287-2988.



SPINA BIFIDA ASSOCIATION OF GREATER NEW ENGLAND

Solicitud Anual de Subvención de Empoderamiento 2024

¡POR FAVOR, ESCRIBA DE FORMA LEGIBLE!

Solicitante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Padre/tutor (si corresponde): _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____
Cremallera: _____

Teléfono (celular preferido): _____ **Correo electrónico:**

Idioma principal hablado: _____

Monto solicitado (máximo anual = \$250): \$ _____

Tipo de subvención solicitada:

- Equipos de adaptación
- Actividad de promoción
- Tecnología de asistencia
- Equipos o suministros médicos duraderos
- Actividad educativa
- Actividad de empoderamiento
- Actividad y/o equipo recreativo
- Actividad social
- Suministros urológicos para mayores de 3 años

Tipo de pago solicitado:

- Pago directo al vendedor/proveedor (se requiere factura con método de pago, dirección del proveedor e información de contacto)

Pagar a: _____

Sitio web o dirección postal: _____

- Reembolso al solicitante (se requieren recibos)

Pagar a: _____

Dirección para correspondencia: _____

Describe específicamente para qué se utilizará la subvención: _____

Opcional:

- Le enviaré a la Directora Ejecutiva una foto del beneficiario utilizando el premio de la subvención para que SBAGNE la comparta públicamente.
- Enviaré a la Directora Ejecutiva una declaración escrita sobre el impacto de la concesión de esta subvención en el beneficiario para que SBAGNE la comparta públicamente.

Al firmar a continuación, afirmo lo siguiente:

- **El solicitante es miembro de SBAGNE.**
- **La información de contacto anterior es precisa.**
- **Se adjunta una factura de pago o recibos de reembolso.**
- **El beneficiario de la subvención tiene espina bífida.**
- **El beneficiario de la subvención reside en el área de servicio de SBAGNE.**
- **Si una parte de la solicitud es deficiente o si hay una cuestión de residencia, SBAGNE se reserva el derecho de aclarar y/o solicitar información adicional para los beneficios.**
- **Toda la información proporcionada es verdadera y precisa.**
- **Cualquier foto, video, enlace o declaración que elija proporcionar que represente el uso o el impacto de la concesión de la subvención será compartida públicamente por SBAGNE.**

X _____

Fecha: _____

Firma del solicitante o padre/tutor

Envíe la solicitud completa por correo postal o correo electrónico a:

Correo: *Asociación de Espina Bífida del Área Metropolitana de Nueva Inglaterra*
Apartado Postal 681
jbertschmann@SBAGreaterNE.org
Natick, MA 01760

Correo electrónico: