



APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Al recibir el paquete de aplicación, toda la información será revisada y verificada si es necesario. Las aplicaciones se revisan en orden de llegada cuando el paquete de aplicación está **completo**. Por esta razón, por favor asegúrese que su aplicación esté completa antes de enviarla. Los aplicantes cuyos paquetes estén incompletos serán notificados por correo electrónico y esas aplicaciones no serán consideradas hasta que estén completas.

El desembolso de fondos del Programa de Asistencia Financiera de la Fundación Syndrome de Dravet dependerá de la decisión tomada por la Junta de Directores después de revisar las aplicaciones. Todos los aplicantes recibirán un correo electrónico notificando la aprobación o rechazo de su aplicación. Los aplicantes cuya solicitud haya sido rechazada pueden re-aplicar siempre y cuando provean documentación adicional demostrando que las circunstancias de el niño o la familia hayan cambiado o que otras posibles alternativas hayan fallado.

Nuestro ciclo de asistencia financiera comienza el 1ero de Febrero y continúa hasta agotar todos los fondos para el año. Requerimos un lapso de hasta 45 días para revisar su aplicación. Los aplicantes pueden aplicar hasta un límite de \$1.500 en equipo por año, con un límite máximo de por vida de \$5.000. Si tiene alguna pregunta acerca de este programa, favor llamar al 203.880.9456 o escribir un correo electrónico a maryanne.m@dravetfoundation.org.

INFORMACIÓN DEL PADRE/REPRESENTANTE Y PACIENTE (letra de molde)

Fecha de Aplicación: _____

Información del Padre/Representante

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: Casa () _____ Trabajo () _____

Celular () _____ Correo Electrónico: _____

Información del Paciente

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Masculino Femenino

DIAGNÓSTICO DEL Niño: (Incluya primario y secundaio, en caso que aplique)

EQUIPO SOLICITADO: (Provea el nombre exacto del equipo/servicio; nombre del productor o proveedor y el nombre e información de contacto del vendedor. Por favor incluya, si está disponibe, catálogo y/o fotos)

COSTO ESTIMADO:

INDIQUE CUALQUIER CIRCUNSTANCIA ESPECIAL QUE UD. CONSIDERE PERTINENTE A ESTA PETICIÓN: (Puede incluir documentos adicionales si es necesario)

El paquete completo debe incluir:

- ✓ Aplicación completa y firmada
- ✓ Una carta del doctor del niño y/o un profesional de la salud indicando cómo se beneficiara el niño del equipo que Ud. está solicitando.
- ✓ Una carta del proveedor de seguro médico alegando que el equipo específico que Ud. está solicitando fue rechazado.
- ✓ Constancia de ingresos (incluyendo su planilla W2 más reciente)

Información adicional opcional a incluir:

- ✓ Cualquier documentación adicional (como por ejemplo catálogos) del equipo solicitado
- ✓ Cualquier documentación adicional o descripciones pertinentes al niño o a la naturaleza de la petición

Otorgando esta asistencia, la Fundación Syndrome de Dravet no está recomendando esa pieza particular de equipo o terapia ni su seguridad o necesidad para tratar el Syndrome de Dravet ni las epilepsias y condiciones asociadas. DSF y su Junta de Directores no es responsable por la seguridad y el uso del equipo o terapias otorgados. Los aplicantes deben consultar con su profesional médico y sus terapeutas con respecto a los equipos o terapias que de acuerdo con su situación serán beneficiosos.

Nosotros no divulgaremos información de las aplicaciones sin una autorización escrita por parte del aplicante o su representante legal. Nosotros pedimos a los beneficiarios que envíen una foto que muestre al niño usando el equipo o la terapia recibida para ser utilizada en publicidad de este programa de asistencia. Los niños solo serán identificados por su primer nombre y sólo con una autorización por escrito de su representante.

Yo he leído con detalle la información anterior y entiendo que las aplicaciones incompletas o que carezcan de documentación necesaria no van a ser revisadas hasta ser completadas.

Fecha: _____

Firma del Padre o Representante: _____

Relación con el niño: _____

Por favor entregue su paquete de aplicación junto con los documentos requeridos a través de un correo electrónico a maryanne.m@dravetfoundation.org (por favor escriba "PAG Program" en el título)

O por correo electrónico a:

Dravet Syndrome Foundation
Patient Assistance Grant Program
11 Nancy Drive
Monroe, CT 06468