



Solicitud de Subvención de Asistencia Al Paciente Para Cuidadores

Nombre de Cuidador _____
Primero _____ Apellido _____

¿Es usted miembro de la DSF Family Network?

- Si
- No
- Inseguro

¿Ha aplicado anteriormente a DSF's programa de subvenciones de asistencia al paciente?

- Si
- No
- Inseguro

Dirección de la calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ País _____

Teléfono (_____) _____ - _____ Correo electrónico _____

Nombre de Paciente _____ Fecha _____

Sexo del Niño

- Masculino
- Hembra

Diagnóstico del Niño (Incluir primaria y secundaria, si corresponde)

Equipo Solicitado -Proporcione el nombre exacto del equipo/servicio; nombre del fabricante o proveedor; y el nombre y la información de contacto del proveedor. Si está disponible, adjunte folleto y/o fotos. Si solicita más de 3 artículos, comuníquese con Karen antes de enviarlos (karen@dravetfoundation.org).

Costo Estimado -Por favor, investigue el costo de su(s) artículo(s) antes de enviar su solicitud. Se debe enumerar un costo estimado o su solicitud será rechazada.

Casilla de verificación de confirmación *(Obligatorio)*

Reconozco que he investigado el equipo solicitado. Entiendo que una vez que se aprueba y ordena cualquier artículo, no se puede devolver o cambiar por un artículo diferente.

_____ Inicial Aquí

Exención de Responsabilidad *(Obligatorio)*

Entiendo que al otorgar estas subvenciones, DSF no está haciendo ninguna recomendación sobre la idoneidad o seguridad de un equipo o terapia en particular para tratar el síndrome de Dravet o las comorbilidades asociadas. DSF y su personal y junta no son responsables de la seguridad y el uso de equipos o terapias premiados. Se recomienda encarecidamente a los solicitantes que consulten con sus profesionales médicos y terapeutas sobre el equipo y las terapias que serian mas beneficiosas para su situación.

_____ Inicial Aquí

Por favor, envíe u paquete de solicitud completo por correo electrónico a tatiana@dravetfoundation.org. Si lo prefiere, puede enviar un paquete completo a The Dravet Syndrome Foundation, PO Box 3026 Cherry Hill, NJ 08034

Un paquete de solicitud complete requiere incluir la siguiente documentación:

- ✓ Solicitud completada
- ✓ Una carta reciente del médico o profesional de la salud del niño explicando la necesidad medica de su solicitud
- ✓ Una carta de denegación del proveedor de seguros que indique que el equipo y/o servicio solicitado fue denegado (cuando sea posible)
- ✓ Comprobante de todos los ingresos (incluyendo tu W2 más reciente)
- ✓ Cualquier otra documentación relacionada con la naturaleza de su solicitud. Toda la información se mantiene confidencial.

Firma *(Obligatorio)* _____ **Fecha** _____

Box 3026
Cherry Hill, NJ 08034
P 203-392-1955
E info@dravetfoundation.org
W www.dravetfoundation.org