



Donación de sillas de ruedas de rehabilitación complejas

Documentación obligatoria

- 1.** Ficha de aplicación: imprimir, completar a mano (sin tachar ni borrar) y digitalizar.
- 2.** Fotografía de cuerpo completo del niño/niña/joven/adulto que utilizará la silla.
- 3.** Certificado que avale el uso de la silla de ruedas: firmado por un médico.
- 4.** Fotocopia de DNI: ambos lados)
- 5.** El club solicitante de la silla será responsable de que el niño/joven/adulto que utilice la misma este presente el día de la entrega. (Fecha a confirmar)

Especificaciones de las sillas:

· Diseñadas para ajustarse a las necesidades específicas de cada persona según su propia discapacidad establecida en ficha de aplicación. También se les llama "Sillas de Rehabilitación Complejas" porque sus partes se pueden mover/ajustar (asiento, respaldo, reposabrazos, reposapiés, etc.), a diferencia de las sillas de ruedas "normales/estándar" con piezas que no se puede mover. Esta es la razón principal por la que las sillas no se pueden donar ni compartirse con nadie más, a menos que estén específicamente adaptadas.

· Partes/piezas de las sillas sólo deben moverse bajo recomendación de un fisioterapeuta.

· Las sillas no se pliegan, pero las ruedas traseras se pueden quitar para facilitar su transporte.

· Hay dos tamaños de sillas: 12 y 14 pulgadas. (30.48 cm y 35.56 cm)

· Peso máximo permitido en la silla: 70 kgs/150 libras.

· Las personas a cargo del niño/niña/joven/adulto con discapacidad reciben un manual de:

- Cómo utilizar correctamente la silla (cinturones de seguridad, correas de seguridad, subir/bajar escaleras, etc.).
- Cómo transportarla sin la persona adentro (llevándolo en un auto).
- Cómo mantenerla adecuadamente (limpiarlo, engrasarlo).
- También reciben dos herramientas para apretar las piezas, si es necesario.

¿Quién puede recibir una silla de ruedas de rehabilitación compleja?

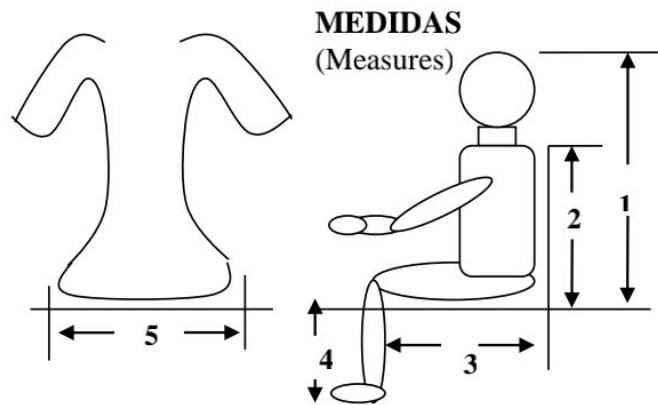
Niños/niñas/jóvenes/adultos con los siguientes tipos de discapacidades certificadas por un médico:

1. Hidrocefalia (el líquido cerebral se acumula en las cavidades del cerebro). Aumento del tamaño de la cabeza; alta probabilidad de menor desarrollo cognitivo y psicomotor; convulsiones.
2. Parálisis cerebral (desarrollo cerebral anormal o dañado). Incapacidad para moverse y mantener el equilibrio y la postura; dificultad para caminar; problemas de visión y audición; escoliosis; músculos rígidos (espasticidad); movimientos incontrolables (discinesia); mal equilibrio y coordinación (ataxia).
3. Espina Bífida (el tubo neural de la médula espinal no se cierra completamente: daño a espina medular y nervios). Dificultades para ir al baño; pérdida de sensación en las piernas o incapacidad para moverlos; Deformidades en las piernas y los huesos de la cadera.
4. Esclerosis múltiple (el sistema inmunológico ataca la vaina protectora (mielina) que cubre las fibras nerviosas, provocando problemas de comunicación entre el cerebro y el resto del cuerpo). Pierde la capacidad de caminar; entumecimiento; debilidad de las extremidades; hormigueo; falta de coordinación; marcha inestable; pérdida parcial o total de la visión, etc.

Además de las condiciones antes mencionadas, consideraremos cualquier otra condición que impide al paciente utilizar una silla de ruedas "normal/regular", y eso requiere apoyo.

Aplicación para Silla de Ruedas o Equipo Ortopédico (Application for a Wheelchair or Orthopedic Equipment)

NOMBRE: (name)		CEDULA: (ID number)	
DIRECCION: (address)			
TELEFONO: (phone)		OTRO CONTACTO: (other contact)	
FECHA DE NACIMIENTO: DIA / MES / AÑO (date of birth)		EDAD: (age)	SEXO: (gender)
ALTURA: (height)	PESO: (weight) Lbs.	HACE CUANTO ESTA DISCAPACITADO: (how long has this person been disabled)	
TIPO DE DISCAPACIDAD: (type of disability)			
PARTE DEL CUERPO AFECTADA: (Body part that has been affected)			
EQUIPO QUE NECESITA: Silla de Ruedas <input type="checkbox"/> Andadera <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> (Type of equipment required) (Wheelchair) (Walker) (Crutches) (Cane)			



MEDIDAS
(Measures)

INSTRUCCIONES:

- Llenar todos los datos con lapicero , letra clara y legible.
- Poner otros teléfonos de contactos para una fácil localización.
- Presentar copia de cédula por ambos lados.
- Acompañar esta aplicación con 2 fotos de cuerpo entero, NO se tramitarán solicitudes sin las 2 fotos y la cédula .
- Es requisito que el beneficiario asista personalmente a la donación. No se entregará equipo a terceros.
- La entrega de sillas o equipo es una donación sin fines de lucro. No se debe pagar por el equipo recibido o por los servicios de entrega prestados por la asociación.

1. DE LA CABEZA A LA SILLA: (from head to chair)	pulgadas.
2. DEL HOMBRO A LA SILLA: (from shoulder to chair)	pulgadas.
3. DE RODILLA A RESPALDO DE SILLA: (from knee to chair's support)	pulgadas.
4. DE RODILLA A SUELO: (from Knee to floor)	pulgadas.
5. ANCHO DE LA CADERA: (hip width)	pulgadas.

INFORMACION TOMADA POR (info taken by)

NOMBRE (name):	FECHA (date):
ORGANIZACION: (Group)	TELEFONO:(phone)

**Hope Haven West aplica criterios propios de selección y aprobación en cada caso.
La presentación de esta aplicación no constituye un compromiso de entrega del equipo solicitado.**