NO SE NECESITA FRANQUEO SI SE ENVÍA DENTRO DE LOS ESTADO UNIDOS

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT # 206 TRENTON NJ
POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

TRAUMATIC BRAIN INJURY FUND
DIVISION OF DISABILITY SERVICES
PO BOX 700
TRENTON NJ 08625-9933

Fondo para Lesiones Cerebrales Traumáticas

DIVISIÓN DE SERVICIOS A INCAPACITADOS

William A. B. Ditto
Director

Javier Robles
Director adjunto

Dirección postal:
222 South Warren Street
P.O. Box 700,
Trenton, NJ 08625-0700

Teléfono:
(888) 285-3036 (sin cargo)
(609) 292-7800
Fax: (609) 292-1233
TDD: (609) 292-1210

Horas de trabajo:
9 a.m. – 5 p.m., de lunes a viernes

Internet:
www.state.nj.us/humanservices/dds

Fondo para Lesiones Cerebrales Traumáticas

Traumatic Brain Injury Fund
Division of Disability Services
P.O. Box 700
Trenton, NJ 08625-0700

Estado de New Jersey
Departmento de Servicios Humanos

Fondo para Lesiones Cerebrales Traumáticas

División de Servicios a Incapacitados
Departamento de Servicios Humanos del Estado de New Jersey

Fondo para Lesiones Cerebrales Traumáticas

El propósito del Fondo para Lesiones Cerebrales Traumáticas (Traumatic Brain Injury Fund) es permitir que los residentes de New Jersey que han sobrevivido una lesión cerebral adquirida obtengan los servicios y apoyos que necesitan para vivir en la comunidad. El fondo provee asistencia financiera y paga por los servicios que fomentan la independencia y mejoran al máximo la calidad de vida. Este fondo se usa cuando no se encuentra disponible seguro, recursos personales y/o programas públicos para satisfacer las necesidades del solicitante. Además se usa una porción del fondo para apoyar la educación pública, las actividades de ayudas sociales y de prevención relacionadas con las lesiones cerebrales. El Fondo para Lesiones Cerebrales Traumáticas se creó en 2002 y se financia mediante un recargo en la matrícula de vehículos motorizados.

Límites del Fondo para Lesiones Cerebrales Traumáticas

El fondo tiene un límite máximo de $15,000 por año y $100,00 por vida por persona.

La División de Servicios a Incapacitados de NJ

La División de Servicios a Incapacitados (Division of Disability Services) (DDS) del Departamento de Servicios Humanos de New Jersey (New Jersey Department of Human Services) administra el Fondo para Lesiones Cerebrales Traumáticas. El DDS es el organismo estatal que dirige los servicios para lesiones cerebrales y es el único sitio en New Jersey donde las personas que buscan información relacionada con las incapacidades pueden obtenerla. La división promueve y facilita el máximo de independencia y participación de las personas que tienen incapacidades en la vida comunitaria.

Elegibilidad para el fondo

Los residentes de New Jersey que hayan sufrido una lesión cerebral traumática o las familias en nombre de la persona que tiene la lesión cerebral traumática, pueden solicitarlo siempre y cuando cumplan con los criterios siguientes:

- **Residencia en New Jersey durante por lo menos 90 días**
- **Documentación médica de la lesión cerebral adquirida**
- **Bienes por un valor menor que $100,000**

Servicios que pueden ser financiados

- **Servicios de tratamiento de la adicción**
- **Tecnología asistida**
- **Manejo del caso**
- **Terapia cognitiva**
- **Servicios de orientación**
- **Cuidado dental**
- **Servicios de empleo**
- **Equipo**
- **Servicios de atención domiciliaria**
- **Modificaciones en el hogar**
- **Servicios de neuropsicología**
- **Asistencia con el cuidado personal**
- **Fármacéuticos**
- **Coordinación de servicios**
- **Servicios de transporte**
- **Servicios de terapia**
- **Cuidado de la vista**

Cómo solicitar la asistencia

Para solicitar asistencia del Fondo para Lesiones Cerebrales Traumáticas llame al 1-888-285-3036. Pida hablar con un miembro del personal sobre el fondo y sobre cómo obtener una solicitud. Se debe completar una solicitud para recibir los Servicios del Fondo para Lesiones Cerebrales Traumáticas. Si necesita asistencia o una adaptación para completar la solicitud, un miembro del personal se complacerá en ayudarle.

Además puede recibir más información si llena y envía esta tarjeta.

Nombre: _____

Dirección: _____

_____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____