

EMPOWERED KAT6 FOUNDATION

Lütfen başvuruyu tamamlamadan önce aşağıdakileri okuyun.

Başvurular 1 Ocak'tan itibaren sürekli olarak kabul edilmekte ve alınan sıraya göre değerlendirilmektedir.

Sıkça Sorulan Sorular

Başvurmak için ABD'de mi yaşamam gerekiyor?

Hayır. Uluslararası başvuruları memnuniyetle karşılıyoruz.

Son başvuru tarihi var mı?

Hayır. Başvurular, yıllık hibe bütçesi tükenene kadar kabul edilir.

Empowered Grant ne sağlıyor?

Yardımcı ekipman/teknoloji veya özel terapiler için finansman, örneğin:

- iPad'ler, AAC yazılımı/uygulamaları
- Yürüyüş eğitmenleri, adaptif anahtarlar
- Ağırıklı battaniyeler, gözlükler, beslenme ekipmanları
- Terapötik salıncak

Uygun tedaviler:

- Konuşma, OT, PT, ABA, beslenme, görme, işitme
- Hipoterapi, su, müzik/sanat terapisi, evcil hayvan terapisi

Maksimum hibe: 600 ABD Doları, art arda iki yıla kadar kişi başına yılda bir hibe ile sınırlıdır.

Uygunluk Koşulları

1. KAT6A veya KAT6B mutasyonunun doğrulanmış tanısı
 - Genetik raporunu ekleyin
 - Tedavi eden doktorun iletişim bilgilerinin eklenmesi
2. Başvuru sahibinin ebeveyni/vasisi, KAT6 Foundation Yönetim Kurulu üyesi olmamalıdır
3. Kişi başına yılda bir başvuru

Fonlar nasıl dağıtılıyor?

- **ABD:** Çek, Zelle veya PayPal
 - **Uluslararası:** PayPal veya banka havalesi
- Geri ödeme alabilmek için aynı takvim yılına ait makbuzlar ibraz edilmelidir.

Yardıma mı ihtiyacınız var? E-posta: empowered@kat6.org

600 doların üzerinde bir talep mi? E-posta: support@kat6.org daha büyük bir hibe için özel yardıma ihtiyacınız varsa.

✓ Başvuru Kontrol Listesi - Gerekli Ekler

- KAT6A veya KAT6B varyantını doğrulayan genetik rapor
- Tamamlanmış başvuru



Empowered Hibe Başvuru Formu

Bölüm 1: Kişisel Bilgiler

- KAT6 Hastasının Tam Adı: _____
- Doğum tarihi: _____
- Adres: _____

- E-posta: _____
- Telefon Numarası: _____
- Ebeveyn/Veli Adı: _____

Bölüm 2: Hibe Talebi Detayları

Talep edilen ürün, terapi veya uygulamayı ve kullanım amacını açıklayın. Ekipman için isim/model veya terapiler için sağlayıcı iletişim bilgilerini ekleyin.

Ekipman Fiyatı: \$ _____ VEYA Terapi Maliyeti: \$ _____

Daha önce Empowered bursu aldınız mı? _____ Evet ise, ne zaman? _____

Bölüm 3: Sağlayıcı Bilgileri

- Teşhis Koyan Doktorun Adı: _____
- Doktorun Telefonu/E-postası: _____

Bölüm 4: Sözleşme

Aşağıdakileri imzalayarak onaylıyorum:

- Sağlık sigortası talep edilen ürünü veya tedaviyi karşılamıyorsa
- Okul bölgesi talep edilen ürünü veya tedaviyi karşılamıyor
- Sağlanan tüm bilgiler doğrudur
- KAT6 Vakfı'na listelenen sağlayıcılarla iletişim kurma yetkisi veriyorum
- Sahte bilgilerin diskalifiye edilmeye yol açtığını biliyorum.
- Geri ödeme limitinin **600 ABD** Doları olduğunu kabul ediyorum

İmza (Ebeveyn/Veli): _____

İmza tarihi _____

NOT:

Başvurular aşağıdaki koşullar sağlanmadan değerlendirilmeyecektir:

- ✓ Gerekli tüm belgeler
- ✓ Doldurulmuş başvuru formu
- ✓ İmza

Tüm bilgiler gizlidir ve sadece KAT6 Vakfı tarafından kullanılır.

Tamamlanmış başvuruları ve belgeleri şu adrese gönderin:

 empowered@kat6.org