

Solicitud de Asistencia Financiera

Gracias por contactar a la Fundación AZZ Cares en estos momentos de necesidad. Estamos aquí para ayudarle y apoyarle durante esta temporada. Por favor, complete este formulario en su totalidad.

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ Cell: _____ Email: _____

Nombre del empleado (si no es el solicitante) / Relación del solicitante con el empleado: _____

Número de empleado (o número de Seguro Social si no es empleado): _____

Empleador del solicitante: _____

Dirección de trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: __ Zip: _____

Ocupación/Título del solicitante: _____

¿Te pagan por hora o por salario? _____ ¿Cuál es tu salario base? _____

Estado civil (marque una): Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Nombre completo del cónyuge: _____

Otras personas que viven en su hogar:

Nombre: _____ Edad: _____ Relación con el solicitante: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación con el solicitante: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación con el solicitante: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación con el solicitante: _____

Dirección de Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: __ Zip: _____

HISTORIAL LABORAL

¿En qué ubicación de AZZ trabajas? _____

¿Título profesional? _____

¿Cuando fue tu fecha de inicio en AZZ? _____

FINANZAS

¿Qué tipo de ayuda financiera está solicitando?

- Alquiler/hipoteca - Monto: _____ Electricidad - Monto: _____ Gas - Monto: _____
 Agua -Monto: _____ Otro-Monto: _____

Por favor explique su situación financiera actual, en detalle:

¿Su situación financiera está relacionada con un accidente? _____ Si es así, ¿el accidente estaba relacionado con el trabajo? _____

¿Tiene usted una discapacidad a corto plazo? _____ Si es así, indique el monto mensual que recibe: _____

¿Está recibiendo una compensación laboral? _____ Si es así, indique el monto mensual que recibe: _____

¿Qué otro tipo de ayuda recibes? (Por ejemplo, manutención infantil, asistencia gubernamental)

Ingresos brutos anuales del hogar antes del evento que requiere asistencia: _____

Ingresos brutos anuales del hogar después de un evento que requiere asistencia: _____

Si alguna cantidad solicitada está cubierta por el seguro, indique el motivo por el cual se justifica un alivio adicional:

¿Qué medidas está tomando para mejorar su situación financiera actual o sus dificultades?

¿Alguna vez se ha reunido con un asesor financiero o ha asistido a un curso financiero? Si No

En caso afirmativo, explique detalladamente: _____

¿Ha solicitado o recibido ayuda de la Fundación AZZ Cares en el pasado? Si No

Si es así, cuál fue la cantidad entregada: _____ Fecha de entrega: _____

¿Ha solicitado o recibido ayuda de alguna de las siguientes fuentes en el último año?

Marque todas las que correspondan:

- Familia Amigos Desempleo Social Security Discapacidad Food Stamps Day Care
- Asistencia para la Vivienda Food Pantry Asistencia Con Ropa Otras iglesias
- Local AZZ Cares Team Otro

PRESUPUESTO MENSUAL

INGRESOS MENSUALES

FUENTE	MONTO
Salario 1	\$
Salario 2	\$
Salario 3	\$
Pensión Alimenticia	\$
Manutención Infantil	\$
Desempleo	\$
Social Security	\$
Pensión	\$
Discapacidad	\$
Food Stamps	\$
Otro Ingreso	\$
Otro	\$
TOTAL	\$

Do you have a savings account?

Yes No Balance: \$

Do you have a retirement fund?

Yes No Balance: \$

GASTOS MENSUALES

ALOJAMIENTO	MONTO	BALANCE
Hipoteca #1	\$	\$
Hipoteca #2	\$	\$
Renta	\$	
Seguro hogar	\$	
UTILIDADES	MONTO	
Electricidad	\$	
Gas	\$	
Agua	\$	
Telefono	\$	
Cable	\$	
Basura	\$	
VEHÍCULOS	MONTO	BALANCE
Pago Carro 1	\$	\$
Pago Carro 2	\$	\$
Gas	\$	
Seguro carro	\$	
PERSONAL	MONTO	
Cellular	\$	
Child Care	\$	
Compras	\$	
Ropa	\$	
Seguro	\$	(Vida, Seguro, Discapacidad)
Diezmo/Ofrenda	\$	
Donaciones	\$	
Misceláneos	\$	(Membrecias, recreacional)
TARJETAS DE CRÉDITO	MONTO	BALANCE
Pago de Tarjeta #1	\$	\$
Pago de Tarjeta #2	\$	\$
Pago de Tarjeta #3	\$	\$
Pago de Tarjeta #4	\$	\$
Pago de Tarjeta #5	\$	\$
TOTAL	\$	\$

Al firmar a continuación, certifico que la información que he proporcionado es verdadera y precisa. La Fundación AZZ Cares tiene mi permiso para verificar cualquier información que haya proporcionado en este formulario. Por la presente certifico lo siguiente (marque todas las casillas que correspondan):

- He adjuntado documentación de respaldo a esta Solicitud, si está disponible.

- No tengo acceso a [toda]/[parte] de la documentación de respaldo. La documentación de respaldo no está en mi poder debido al daño sufrido como resultado de _____.
Acepto hacer todos los esfuerzos razonables posibles para obtener copias de dicha documentación faltante de otras fuentes y enviar dichas copias a la Fundación AZZ Cares si se obtienen.

Firma del solicitante

Fecha: _____

Nombre Impreso

** AZZ Cares Foundation no requerirá, solicitará ni obtendrá ninguna información que constituya "información de salud protegida", según se define dicho término en 45 CFR 160.103, de AZZ Inc. y sus subsidiarias (los "Empleadores") o cualquier plan de salud grupal patrocinado o mantenido por un Empleador.

<p><i>Para uso exclusivo de la Fundación AZZ Cares</i></p> <p><i>Nombre del solicitante:</i> _____</p> <p><i>Monto Aprobado:</i> _____</p> <p><i>Pagadero a:</i> _____</p> <p><i>Dirección:</i> _____</p> <p><i>Cuenta#</i> _____</p> <p><i>Fechas de ayuda financiera anterior:</i> _____</p> <p><i>Fecha:</i> _____</p>
--