

Formulario de Solicitud de Asistencia al Empleado



I. Información general.

Fecha

Nombre del solicitante

Dirección de domicilio (Calle)

(Ciudad) (Código postal)

Número(s) de teléfono

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 (Calle)

(Ciudad) (Código postal)

Ocupación/Título del solicitante

Ingresos brutos anuales del hogar antes del evento que requiere asistencia

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

Número de dependientes (excluido el solicitante) Edades de los dependientes

Si el Formulario de Solicitud de Asistencia al Empleado indica que alguno de los montos solicitados está cubierto por el seguro, indique el motivo por el cual se justifica un alivio adicional:

Alivio solicitado:

Motivo del alivio:

II. Certificación de Documentación Perdida/No Disponible. (Si corresponde)

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. No la tengo en mi poder debido a los daños sufridos 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.

Fecha:

Firma del solicitante

Nombre impreso

**** AZZ Cares Foundation no 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 de cualquier plan de salud grupal patrocinado o mantenido por un Empleador.**