

The Community Foundation of Middle Tennessee
The LKQ Employee Emergency Fund

SOLICITUD PARA ASISTENCIA

EL PROGRAMA: Este Fondo ayuda a los empleados calificados que han sufrido un **desastre natural; una enfermedad o lesión potencialmente mortal; un incidente de muerte; u otras circunstancias extremas o catastróficas fuera de su control, y como resultado**, no cuentan con los medios para pagar por la vivienda, los servicios públicos necesarios, u otras necesidades básicas de vida.

ELEGIBILIDAD: Todos los empleados de LKQ en Norte América y que 1) regularmente están programados para trabajar tiempo completo; 2) son empleados activos cuando ocurre el incidente y cuando completan la aplicación 3) o que están de licencia autorizada por un período que no exceda un año; son elegibles para presentar una solicitud. Si el empleado ha fallecido, entonces un miembro elegible de la familia puede presentar la solicitud. **Solo se puede autorizar la asistencia al empleado una vez por cada período de 12 meses y no pueden recibir más de dos subsidios durante toda la vida.**

SUBVENCIONES: La suma máxima disponible para subvenciones de asistencia es de \$3,500. No se garantiza que se otorgará la suma máxima y, en muchos casos, una suma menor será otorgada. Todos los pagos se efectúan directamente a los proveedores, a través del pago de facturas; no se enviará directamente al solicitante fondos de asistencia ni serán reembolsados.

¡Ayuda está disponible para completar este formulario! Llame al 615-321-4939 y pida hablar con el The LKQ Employee Emergency Fund

SECCIÓN A: ¿ESTARÁ CALIFICADO PARA ESTE PROGRAMA?

Para ser elegible para este programa y recibir asistencia, Ud. tiene que cumplir **todos** los 3 requisitos a continuación:

- Tiene que estar actualmente empleado por LKQ., trabajando tiempo completo y haber estado empleado en el momento del incidente.
- El incidente elegible tiene que haber ocurrido en los últimos 90 días.
- Su situación **TIENE QUE** estar entre una de estas cuatro categorías: *(Seleccione a continuación lo que mejor describa su situación).*

Desastre natural: Para situaciones tales como incendios, inundaciones, tornados, huracanes, tormentas severas u otras condiciones meteorológicas, que hayan dañado o destruido la residencia principal o propiedad primordial del empleado. El Fondo no paga por la reparación de otros bienes, tales como cercas, estacionamientos abiertos, estacionamientos bajo techo, o edificios de almacenamiento, y no puede pagar para sustituir artículos no esenciales, tales como equipos electrónicos o muebles. Es necesario presentar fotografías, informes de seguros, u otra documentación.

Enfermedad grave o lesión potencialmente mortal: Para empleados, socios y dependientes elegibles. El Fondo no está concebido para cubrir los deducibles o las primas del seguro. Los solicitantes no son automáticamente elegibles para una subvención cuando éstos o sus dependientes son diagnosticados de o sufren una enfermedad grave o lesión potencialmente mortal. Tiene que haber una necesidad financiera resultante incluida la inhabilidad de pagar gastos básicos de subsistencia. **No están cualificados:** Los embarazos saludables, las lesiones ocurridas hace más de 90 días, los tratamientos dentales de rutina y cualquier procedimiento electivo no son elegibles. Es necesario presentar documentación médica.

Incidente de muerte: Esto incluye la muerte del empleado, su cónyuge o dependiente(s) elegible(s). La pérdida de ingresos, gastos de entierro o funeral, o facturas médicas derivadas que evitan que el empleado pueda pagar por gastos básicos de subsistencia. El Fondo no puede pagar por gastos de viaje para entierros, ataúdes, lápidas y otros gastos de funeral y de entierro. Se prestará asistencia en otras formas para compensar por estos gastos. Es necesario entregar copia del certificado de defunción, obituario o demás documentación junto con la prueba de las implicaciones financieras (tales como recibos).

Circunstancias catastróficas o extremas: Esto incluye daños por incendio, daños mayores a la vivienda que no puedan evitarse, un crimen contra el empleado (robo, incendio, asalto, violencia doméstica, vandalismo extremo) u otro incidente de declaración obligatoria fuera del control del solicitante que afecta su capacidad de cubrir sus necesidades básicas. Las circunstancias catastróficas o extremas No incluyen: Cesantías, reducción de horas o pago, acumulación de deuda personal, mantenimiento de la casa, danos por negligencia, embargo legales de salarios, bancarrota, facturas altas de servicios públicos, pagos de sustento al menor, reparación de automóviles, divorcio o separación, impuestos, o el despido típico. Es necesario presentar documentación del incidente.

SECCIÓN B: INFORMACIÓN DE CONTACTO SUYA

Nombre del solicitante (en letra de imprenta claramente): _____

Dirección actual: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado/Parroquia/País: _____

** La notificación de aprobación es enviada a usted por correo, por lo que se le ruega que proporcione una dirección de correo válida y actualizada **

Número de teléfono por el día: (_____) _____ ¿Se le puede dejar un mensaje? SÍ NO

Otro teléfono: (_____) _____ ¿Se le puede dejar un mensaje? SÍ NO

****Mensajes de texto**** podemos enviar actualizaciones sobre el progreso de su solicitud a través de mensajes de texto. Este servicio es opcional. Si desea recibir alertas por mensajes de texto, indique un número en el que pueda recibirlos, y opte por este servicio:

Alertas por mensajes de texto: (_____) Acepto recibir mensajes de texto, solo acerca de mi solicitud.

Nombre del solicitante (por favor escriba claramente en letra de molde): _____

Información de empleo

Fecha de la contratación: _____ Puesto de trabajo: _____ Supervisor: _____

SECCIÓN C: DESCRIBA SU SITUACIÓN

Información acerca del incidente

Nombre del incidente: _____ Fecha del incidente: _____
(ejemplo: tornados, incendios, inundaciones, tipo de lesión, nombre de la enfermedad, tipo de delito) **(tiene que haber ocurrido en los últimos 90 días)**

¿Quién se ha visto afectado por la situación? _____

Incidentes médicos solamente: ¿La persona afectada está cubierta por un seguro médico o de discapacidad? SÍ NO

Si la respuesta es sí, ¿cuál es el deducible? _____ ¿La persona afectada ha solicitado beneficios por discapacidad? SÍ NO

Si su casa fue dañada, ¿el seguro cubriría parte de los costos? _____ ¿Cuál es el deducible? _____

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____ Número de adultos _____ Número de niños _____

Describe el incidente en detalle: ¿Qué ha sucedido **en los últimos 90 días**? _____

Describe de qué manera el incidente ha causado sus dificultades financieras: ¿Cómo esto, ha hecho difícil costear sus necesidades básicas de vida?

Haga un estimado del impacto financiero del incidente: ¿Cuánto le costará esto a usted? _____

Indique cualquier otra cosa que nos ayudaría a comprender las dificultades que usted o su familia están pasando. **Si esta solicitud es completada por alguien que no es el empleado (como en el caso de muerte o alguna otra incapacidad para completar el formulario), explique la razón y dé el nombre e información de contacto.** _____

¿Hay alguna otra agencia externa involucrados? (Cruz Roja, Ejército de Salvación, organizaciones religiosas, servicio de remisiones de su estado 2-1-1, u otras agencias de servicios sociales similares)

Nombre del solicitante (por favor escriba claramente en letra de molde): _____

SECCIÓN D: SUBVENCIONES DE ASISTENCIA

Las subvenciones son **solo** para ayudar a pagar un número limitado de tipos de gastos de vida esenciales, que son:

- Alquiler, hipoteca u otros pagos de vivienda
- Vivienda temporal y depósitos de seguridad para nuevas viviendas
- Las facturas de los servicios públicos esenciales (electricidad, calefacción, agua).
- Gastos médicos incurridos en los últimos 90 días, relacionados con el incidente y no cubiertos por el seguro
- Reparaciones menores al hogar necesarias para mantener la seguridad y habitabilidad

No se pueden otorgar subvenciones para pagar otros gastos no esenciales, **no solicite el pago por artículos tales como:**

- Las primas de los seguros o deducibles
- Cable, teléfono o servicio de internet
- Pagos de automóvil, reparaciones o seguro automovilístico
- Muebles, electrodomésticos, equipos electrónicos
- Gastos de funeral o lápidas
- Asuntos financieros acumulados o deudas de tarjetas de crédito
- Daños accidentales debidos a negligencia
- Honorarios legales, multas o costos de los tribunales

Si su solicitud es aprobada, los pagos se harán en su nombre al/a los proveedor(es) de su lista. **Todas las subvenciones se efectúan directamente a los proveedores a través del pago de facturas; no se enviará directamente a usted fondos de asistencia ni será reembolsado.**

Proporcione el nombre del proveedor que debe pagarse, la dirección completa, el número de cuenta o información de identificación, la cantidad que debe y la fecha de vencimiento. Aunque la suma máxima del subsidio es de \$3,500, suelen concederse sumas menores, por lo tanto enumere a los proveedores por orden de prioridad. **Para cada proveedor, adjunte la documentación correspondiente (facturas, arrendamiento, hipoteca, saldo de cuenta, etc.).**

NOTA: No podemos efectuar pagos sin información clara y completa, debe incluir el número de cuenta u otra información de pago, direcciones y documentación. Omitir esta información o no presentar copias de sus facturas retrasará considerablemente su solicitud.

Nombre del proveedor/factorador	
Dirección postal completa donde enviar el pago	
Necesidad básica cubierta	
Cantidad del pago y fecha de vencimiento	
Número de cuenta o información de identificación	

Nombre del proveedor/factorador	
Dirección postal completa donde enviar el pago	
Necesidad básica cubierta	
Cantidad del pago y fecha de vencimiento	
Número de cuenta o información de identificación	

Nombre del proveedor/factorador	
Dirección postal completa donde enviar el pago	
Necesidad básica cubierta	
Cantidad del pago y fecha de vencimiento	
Número de cuenta o información de identificación	

Nombre del solicitante (en letra de imprenta claramente): _____

Lista de comprobación para la solicitud:

¿Hizo lo siguiente?

- Lea atentamente los requisitos para ver si es elegible
- Complete todas las secciones de la solicitud
- Compruebe en la sección D si su solicitud de subvención está permitida por el programa
- Lea y firme la sección E: Declaraciones y acuerdo (esta página)

Asegúrese de enviar:

- Todas las páginas de la solicitud
- La documentación del incidente tales como: documentos médicos, informes de incidentes, obituario, licencia médica, etc.
- Copias de documentos de pago, tales como: facturas, arrendamiento, estado de cuenta de la hipoteca, estimados de reparaciones, etc.

SECCIÓN E: DECLARACIONES Y ACUERDO

Ningún solicitante tiene derecho a recibir una subvención, ya sea por su empleo, su historial de contribuciones al Fondo o a causa de cualquier precedente inferido a partir de una subvención anterior del Fondo. No se otorgarán subvenciones hasta que el solicitante haya demostrado una necesidad financiera inmediata y haya proporcionado toda la documentación requerida.

Esta solicitud será tratada de manera confidencial por la The Community Foundation of Middle Tennessee; sin embargo, se enviará periódicamente información de identificación estadística a LKQ.

Los solicitantes tendrán que proporcionar información veraz y precisa. En el transcurso de su debida diligencia, si la Fundación descubre cualquier información que sea falsa, tendrá el derecho de renunciar unilateralmente a su confidencialidad e informará sobre sus hallazgos a la empresa. Las expectativas fiduciarias de todos los empleados de ~~Genesco~~ son primordiales y una violación de estas normas será comunicada a la empresa.

Con su firma a continuación, certifica que la información proporcionada es veraz y completa, autoriza a la The Community Foundation a obtener o verificar toda la información necesaria para procesar esta solicitud, y exonera a LKQ y a la The Community Foundation of Middle Tennessee de cualquier responsabilidad relacionada con el rechazo o la financiación de esta solicitud. Recuerde que la suma máxima que cualquier empleado puede recibir en un período de 12 meses es de \$3,500. En la mayoría de los casos es probable que se otorguen sumas menores.

Estoy de acuerdo con proporcionar la documentación solicitada para respaldar mi solicitud y reconozco que la solicitud no puede ser aprobada sin la documentación completa del incidente elegible.

Entiendo que, si la Fundación determina que alguna información que he proporcionado es falsa o falsificada, todos los resultados se enviarán a mi empleador.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

ENVÍO DE LA SOLICITUD

Envíe su solicitud completada y firmada con la documentación solicitada de una de estas maneras:

CORREO ELECTRÓNICO: Escanee todas las páginas y envíelas por correo electrónico a EmergencyGrants@cfmt.org con el nombre suyo y el de LKQ en el asunto.

FAX: Envíe por fax las páginas de la solicitud y los documentos al **615-327-2746**. No envíe fotografías por fax; envíe las fotografías por separado por correo electrónico o por correo si es necesario.

POR CORREO: Haga copias de todo el material que nos envíe, y envíe por correo su solicitud y documentos a:

The LKQ Employee Emergency Fund
3833 Cleghorn Avenue, Suite 400
Nashville, TN 37215
Teléfono: 615-321-4939 Fax: 615-327-2746

LKQ Employee Emergency Fund of The Community Foundation of Middle Tennessee (Fondo de Emergencia de Empleados de LKQ de la Fundación Comunitaria de Middle Tennessee),
3833 Cleghorn Avenue, Suite 400, Nashville, TN 37215 (teléfono) 615-321-4939 (fax) 615-327-2746