

2025 SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Ayudando a aquellos en nuestra industria más necesitados

Proporcionamos asistencia financiera para ayudar con atención médica, recetas, equipo médico, refugio, alimentos, etc. servicios públicos de y otras necesidades básicas para las familias que tienen un evento médico que altera la vida.

ELEGIBILIDAD PARA LA SOLICITUD:

1. El solicitante debe ser diagnosticado por un médico en ejercicio como tener una vida alterando dificultades tales como crisis médica catastrófico, lesión grave, o dosificación que afecta la capacidad para trabajar o cuidar de si mismo.
2. El solicitante o familiar inmediato (cónyuge, hijos o nietos que viven en el mismo hogar) debe haber obtenido ingresos primaries del empleo en el negocio de cubierta de piso durante al menos cinco años. Los años elegibles no tiene que ser consecutivos. Si no está actualmente empleado en la industria de pisos, el empleo calificado debe haber concluido en los últimos cinco años, con excepciones para aquellos que están jubilados o dejaron de trabajar debido a una condición médica calificada.
3. El hogar debe estar en extrema necesidad financier. Los activos líquidos del hogar (efectivo, cuentas corrientes y de ahorro, cuentas del mercado monetario, acciones, certificados de depósito, bonos, y los fondos mutuos) serán considerados.

Nombre de Solicitante

Número de Seguro Social:

Dirección:

Cuidad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono Residencial:

Teléfono Móvil:

Correo Electrónico:

Fecha de Nacimiento:

Empleador Actual O Ultimo Lugar de Empleo:

Fechas de Empleo:

Arreglos de Vivienda: Casado Separado Divorciado Viudo Soltero Conviviente

Si está casado o cohabita, complete esta seccion:

Nombre del
cónyuge/pareja:

Número de Seguro Social:

Empleador:

Teléfono:

Fecha de Nacimiento:

Anote el nombre, la edad y la relación con usted de todos los miembros de su hogar:

¿Como se enteró de la **Fundación de la Industria de Revestimientos para Pisos?**

Antes de esta solicitud, ¿alguna vez ha solicitado la asistencia de FCIF? Sí No

INFORMACION DE LA SOLICITUD

- Toda la información contenida en este documento es estrictamente confidencial, accesible solo para el liderazgo de la Fundación de la Industria y personal asignado de la Fundación. Todos los documentos presentados pasan a ser propiedad de la FCIF.
- Los estándares de elegibilidad son establecidos por el piso que cubre la Junta Directiva de Industry Foundation. Nuestro objetivo es ayudar a todos los solicitantes calificados dentro de las limitaciones de financiación de la Fundación. Todas las decisiones son definitivas.
- Todos los beneficiarios de subvenciones deben proporcionar informes y documentos médicos y financieros continuos según lo requiera la Fundación como condición para continuar con la financiación.
- En caso de fallecimiento de un beneficiario, la Fundación deberá ser notificada por escrito (FCIF, 855 Abutment Rd, #1, Dalton, GA 30721) o por teléfono (706-217-1183) dentro de las dos semanas siguientes al fallecimiento del destinatario.
- En el caso de que descubramos que los fondos se han utilizado indebidamente o se nos ha proporcionado información falsa, los pagos cesarán de inmediato.

EL INGRESO FAMILIAR*: Las fuentes de ingresos pueden incluir (pero no se limitan a): Salarios, Ingresos del Seguro Social, Incapacidad/SSI del Seguro Social, Incapacidad a corto o largo plazo, Compensación de Trabajadores, Beneficios para veteranos, Desempleo, Cupones de de Alimentos, pensión alimenticia, pensión(s), manutención de los hijos, etc. Incluya documentación para cada fuente de ingresos como se detalla en la página última.

***SEGUNDO PASO DE LA APLICACIÓN:** Después de que FCIF verifique su empleo y reciba de nuevo sus registros médicos, le enviaremos una hoja de cálculo de gastos del hogar para completar y pedir copias de las facturas médicas del hogar y todos los gastos mensuales de vida tales como alquiler/hipoteca, servicios públicos, pagos de automóviles, etc.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE	FUENTE DE INGRESOS (NOMBRE DEL EMPLEADOR SEGURO SOCIAL, CUPONES DE ALIMENTOS, ETC.)	MONTO MENSUAL (DESPUÉS DE MPUESTOS DEDUCCIONES)
Ingresos del solicitante		
Cónyuge/Otros Ingresos Significativos		
Ingresos de otros miembros del hogar		

INGRESOS ÚNICOS: Complete esta sección si ha recibido pagos únicos de otras fuentes en los últimos seis meses, tales como: Donaciones de la iglesia, contribuciones de recaudación de fondos en línea de Go Fund Me, pago retroactivo único por discapacidad, subvenciones de otras fundaciones o organizaciones sin fines de lucro, regalos de miembros de la familia, fondos de ayuda, etc.

FUENTE DE INGRESOS	PERSONA QUE RECIBO	FECHA RECIBIDA	CANTIDAD UNICA
--------------------	--------------------	----------------	----------------

RECURSOS FINANCIEROS:	NOMBRE DE LA PERSONA EN LA CUENTA	BANCO/OTRA INSTITUCIÓN	SALDO ACTUAL
Cuentas de cheques y de ahorros (Envíe los estados de cuenta de los últimos dos meses para todos los miembros del hogar)			
Cuenta(s) de jubilación (acciones, propiedades, inversiones, propiedad de negocios, etc.)			
Otra cuenta(s)			

EMPLEO

Por favor, enumere los trabajos de pisos de todos los miembros del hogar que tienen 5 o más años de servicio en la industria de recubrimientos para pisos. Los años de empleo pueden ser de más de una empresa.

Empleo #1

Nombre del Empleado: Número de Seguro Social:
Empresa: Fechas de Empleo:
Título(s) del trabajo:
Cuidad: Estado: Teléfono de la Compañía:

Empleo #2

Nombre del Empleado: Número de Seguro Social:
Empresa: Fechas de Empleo:
Título(s) del trabajo:
Cuidad: Estado: Teléfono de la Compañía:

Empleo #3

Nombre del Empleado: Número de Seguro Social:
Empresa: Fechas de Empleo:
Título(s) del trabajo:
Cuidad: Estado: Teléfono de la Compañía:

Si trabajó en otros lugares desde que dejó la industria de revestimientos para pisos, enumere (adjunte una hoja adicional si es necesario):

Empleador: Título del trabajo: Fechas de Empleo:
Empleador: Título del trabajo: Fechas de Empleo:

Si abandonó la industria de los pisos, marque la razón a continuación:

1. Jubilado 2. Por lesión, enfermedad, discapacidad 3. Otro: explique a continuación:

Por la presente, autorizo a los empleadores enumerados anteriormente a divulgar información sobre mi historial laboral:

▷ Firma:

Fecha:

Por favor, enumere los intervalos de fechas en que su condición médica le ha mantenido a usted o a su familiar fuera del trabajo. Por favor, proporcione una nota del médico especificando sus limitaciones de trabajo y la fecha esperada en que su médico le dará de vuelta para trabajar:

**MEDICAL RECORDS RELEASE
(PUBLICACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS)**

The **Floor Covering Industry Foundation** provides financial grants to individuals who have life-altering medical conditions, worked in the floor covering industry for 5 or more years, and in financial need.

Miembro del hogar con necesidades médicas:

SSN (Número de Seguro Social):

Fecha de Nacimiento:

Nombre del medico:

Especialidad Médica:

Dirección del medico:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono:

Fax:

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

por la presente autorizo la divulgación

de mi información médica a la Fundación de la Industria de Revestimientos para Pisos.

the **Floor Covering Industry Foundation**, including but not limited to, any and all hospital, clinic, medical, treatment, therapy, and rehabilitation records, as well as copies of any x-ray or any other diagnostic imaging files. This authorization also allows any authorized agent employed or otherwise hired by the **Floor Covering Industry Foundation**, to directly contact any of my prior or currently treating physicians, chiropractors, or any other health care providers, vocational rehabilitation providers, or mental health care providers for the purpose of discussing my diagnoses, treatment, progress, and prognoses.

The information obtained pursuant to this authorization shall be used for the limited purpose of evaluating whether I qualify for certain benefits or gifts to be granted to me by the **Floor Covering Industry Foundation**. A photocopy of this release as signed by me may be used in lieu of the original, and any such photocopy shall have the same validity as if it were the original. I understand that I will be provided with a copy of my executed release upon my request. The applicant may revoke the authorization for the release of medical information and terminate the financial assistance application by writing to the **Floor Covering Industry Foundation**, 855 Abutment Rd. #1, Dalton, GA 30721.

Este formulario de autorización médica vence a los 360 días de la fecha en que se firma, a menos que se indique otra fecha aquí:

Autorizo a la **Floor Covering Industry Foundation (Fundación de la Industria de Recubrimientos para Pisos)** a divulgar información médica (SE REQUIERE FIRMA)

▷ **FIRMA DEL SOLICITANTE**

Fecha:

