

**GMS FAMILY FUND
SOLICITUD CONFIDENCIAL DE AYUDA ECONÓMICA EN CASO DE EMERGENCIA**

A. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre: _____		Número de ID : _____	
Dirección Domiciliaria: _____		Ciudad: _____	Estado: _____ Zip: _____
Ubicación del Trabajo: _____		Email: _____	
<input type="checkbox"/> Teléfono del Trabajo: _____		<input type="checkbox"/> Teléfono del Domicilio: _____	
(Por favor escoja a qué teléfono prefiere que le llamemos en relación a esta solicitud)			
Escoja qué método de pago prefiere: <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Tarjeta de Débito Prepagada			
<input type="checkbox"/> Transferencia electrónica a la cuenta de la nómina (poner iniciales en la autorización de ACH a continuación)			
_____ Por medio de la presente, el empleado arriba mencionado autoriza a The GMS Family Fund, Inc. a originar un crédito por transferencia electrónica de fondos (EFT) de Automated Clearing House (ACH) en la cuenta bancaria del empleado que se encuentra en los registros de Gypsum Management and Supply, Inc., utilizada para fines de rol de pagos, indicada a continuación:			
Nombre del Banco		Últimos 5 dígitos de su Cuenta	

LISTA DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD

Usted deberá entregar todos los siguientes requisitos. Tenga en cuenta que presentar una solicitud incompleta generará un retraso, ya que ***toda solicitud incompleta será devuelta al aplicante para que vuelva a presentarla con toda la documentación requerida.***

<input type="checkbox"/>	Se adjunta documentación de los ingresos de todos los integrantes del núcleo familiar (copias de devolución de impuestos y verificación de cualquier otra forma de ingresos, como Seguridad Social, discapacidad a corto plazo, manutención de menores, etc.). (NOTA: Para desastres con decreto presidencial o pérdida de la vivienda por causa de una catástrofe, usted no necesita incluir la documentación con la solicitud. Ésta se verificará posteriormente.)
<input type="checkbox"/>	Se adjuntan copias de las facturas para las que se solicita la ayuda económica.
<input type="checkbox"/>	Se adjunta documentación (prueba) del evento catastrófico (informe del jefe de bomberos, informe policial, informe del accidente, etc.). (NOTA: Para desastres con decreto presidencial o pérdida de la vivienda por una catástrofe, no se requiere prueba del evento catastrófico. Se aceptará la confirmación del Administrador o fotos del siniestro.)
<input type="checkbox"/>	La solicitud está completa en su totalidad.

CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Certifico que toda la información proporcionada es precisa y veraz. Autorizo al Comité de Aprobación de GMS Family Fund a validar la información provista en esta solicitud como parte del proceso de revisión. En caso de que fuera necesario, el Comité de Aprobación de GMS Family Fund tiene mi autorización para verificar la información con Recursos Humanos.

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Firma e información de contacto de la persona que presenta la solicitud en nombre del empleado:

Firma: _____ Nombre: _____ Fecha: _____

Relación con el Empleado: _____ Número Telefónico: _____

Al finalizar, envíe su solicitud y la documentación de respaldo por correo electrónico, cárguela en el sitio web de Family Fund, o despáchela por correo o fax a:
Email: familyfund@gms.com o **FAX Confidencial:** 1-(866) 422-3956
Correo: GMS Family Fund, Inc., 100 Crescent Centre Parkway, Suite 800, Tucker, GA 30084

B. EVENTO CATASTRÓFICO INESPERADO			
Fecha del Evento: _____			
Sírvase marcar la casilla correspondiente al evento ocurrido:			
<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> LESIÓN <input type="checkbox"/> MUERTE del: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> INCENDIO <input type="checkbox"/> ACCIDENTE VEHICULAR <input type="checkbox"/> CRIMEN: <input type="checkbox"/> Violencia Doméstica <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Violencia Externa <input type="checkbox"/> DESASTRE NATURAL: <input type="checkbox"/> MAL CLIMA <input type="checkbox"/> INUNDACIÓN <input type="checkbox"/> TORNADO <input type="checkbox"/> HURACÁN <input type="checkbox"/> TERREMOTO <input type="checkbox"/> OTROS/SOLICITUD DE EXCEPCIÓN: Los ítems arriba mencionados generalmente son elegibles para recibir ayuda del Fondo de Asistencia para Emergencias de GMS. Sin embargo, si usted ha sufrido un evento catastrófico inesperado que no figura en esta lista, sírvase proporcionar tantos detalles y documentación sobre su evento como le sea posible. Cada solicitud será considerada en función de sus circunstancias específicas.			
C. DETALLES DEL EVENTO CATASTRÓFICO INESPERADO			
Sírvase describir los detalles específicos de su situación. (De ser necesario, escriba en una hoja adicional.)			
Número de días de trabajo perdidos por causa del evento: _____ DÍAS			
Número total de horas de VACACIONES o de ENFERMEDAD utilizadas por causa del evento: _____ HORAS			
Fechas específicas en que no recibió su pago por causa del evento: _____			
¿Se encuentra actualmente ausente del trabajo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Si se encuentra ausente, ¿en qué fecha espera regresar al trabajo? _____			
D. ÍTEMS O GASTOS PARA LOS QUE NECESITA AYUDA ECONÓMICA			
Sírvase enumerar el o los ítems o gastos para los que está solicitando ayuda económica en orden de importancia, incluyendo el valor en dólares. (De ser necesario, escriba en una hoja adicional.)			
1. _____	\$ _____	4. _____	\$ _____
2. _____	\$ _____	5. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____	6. _____	\$ _____
CANTIDAD TOTAL EN DÓLARES SOLICITADA DEL GMS FAMILY FUND \$ _____			
E. INFORMACIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR			
Número de ADULTOS en el núcleo familiar, incluyendo al empleado: _____			
NÚMERO de DEPENDIENTES en el núcleo familiar: Entre 0 y 8 años de edad: _____ Entre 9 y 18 años de edad: _____			
INGRESOS MENSUALES DEL NÚCLEO FAMILIAR: Favor incluir los ingresos de todos los integrantes del hogar.			
	Antes del Evento		Después del Evento
1a. Ingreso MENSUAL de su trabajo en GMS DESPUÉS de impuestos:	\$ _____	1b. Ingreso MENSUAL de su trabajo en GMS DESPUÉS de impuestos:	\$ _____
2a. Ingreso MENSUAL de su cónyuge o pareja DESPUÉS de impuestos:	\$ _____	2b. Ingreso MENSUAL de su cónyuge o pareja DESPUÉS de impuestos:	\$ _____
3a. Otras fuentes de ingresos MENSUALES ¹ DESPUÉS de impuestos:	\$ _____	3b. Otras fuentes de ingresos MENSUALES ¹ DESPUÉS de impuestos:	\$ _____
INGRESOS MENSUALES TOTALES ANTES DEL EVENTO:	\$ _____	INGRESOS MENSUALES TOTALES DESPUÉS DEL EVENTO:	\$ _____
F. OTROS RECURSOS			
Sírvase indicar la cantidad de ayuda que usted ya ha recibido o espera recibir de los siguientes recursos:			
1. Seguro de Vida	\$ _____	4. Seguro de Automóviles	\$ _____
2. Seguro de Vivienda	\$ _____	5. Ayuda de FEMA	\$ _____
3. Seguro de Inundaciones	\$ _____	6. Organizaciones de Caridad	\$ _____
¹ Otras fuentes de ingresos incluyen, entre otras, ingresos de otros adultos del núcleo familiar, Seguridad Social, manutención de menores, discapacidad a corto plazo, compensación para los trabajadores, y asistencia social en efectivo y en cupones de alimentos.			